



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO SUS: O CASO DA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
(2007-2009)**

WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS

Salvador-Bahia, março de 2012

WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO SUS: O CASO DA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
(2007-2009)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Orientadora: CARMEN FONTES TEIXEIRA

SALVADOR-BAHIA, MARÇO DE 2012

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

Jesus, Washington Luiz Abreu de.

Planejamento em saúde no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 2007-2009. Washington Luiz Abreu de Jesus - Salvador: 2012.

f.170

Orientador (a): Prof.^a. Dr^a. Carmen Fontes Teixeira.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Política de Saúde. 2. Formulação de Políticas. 3. Planejamento em saúde; 4. Atores Políticos. 5. Governo Local. I. Título.

CDU

FOLHA DE APROVAÇÃO

WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS

PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO SUS: O CASO DA SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DA BAHIA
(2007-2009)

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Carmen Fontes Teixeira (orientadora)
Universidade Federal da Bahia

Elizabeth Artmann
Escola Nacional de Saúde Pública

-

Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Universidade Federal da Bahia

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Universidade Federal da Bahia

Salvador, 29 de março de 2012.

*Dedico esta tese à minha família,
agradecendo sempre a compreensão e o
amor que me dedicam incondicionalmente.
Também dedico aos colegas da
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia,
cujo trabalho juntos desde 2007 me possibilitou
aprender fazendo e fazer aprendendo.*

“Conhecer é estar em um engajamento produtivo da realidade conhecida, mas também é constituir-se nesse engajamento por um efeito de retroação, já que não estamos imunes ao que conhecemos. Sujeito e objeto se engendram no ato do conhecimento, não restando nenhuma anterioridade, nenhuma garantia prévia”.
(Merhy, 2004)

AGRADECIMENTOS

Agradecer! Dar graças, agradar, ser grato... Gratidão! Uma ação ambígua, abstrata, concreta no sentido do afeto que produz... A quem agradecer por mais esta vitória? A *todos* aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que eu pudesse dar mais este passo na minha vida profissional e acadêmica – uma paixão.

Amigos do *Instituto de Saúde Coletiva*: professores, colegas, funcionários. Tão importantes na nossa trajetória e crescimento.

Carmen Teixeira, minha orientadora, por ter acolhido minha proposta, ter sido sensível às minhas demandas e ter me ajudado a construir outro olhar sobre o planejamento. Seu exemplo de mulher de fibra me faz acreditar que é possível fazer acontecer sem deixar de ser. Sua sensibilidade e ternura, muitas vezes “endurecida” demonstram quão grande é seu coração, que nos acolhe, nos exorta e também nos conforta. Valeu minha querida orientadora!

Jorge Solla, pela oportunidade e confiança na condução do planejamento da SESAB desde 2007 e por autorizar a realização deste estudo. Você é um mestre que ensina com atitudes!

Washington Couto, meu amigo, irmão e “chefe”. Paciente e perseverante, ensinando a cada dia com seu jeito carismático, que fazer acontecer é uma arte. Você é um exemplo a ser seguido...

Marluce Assis, minha amiga e mestra, sempre me incentivando a fazer mais. Constantemente presente na minha caminhada pela sua fibra e contribuição generosa e fraterna.

Ana Luiza Vilasbôas, minha amiga e incentivadora, parceira da qual não abro mão pela sua competência e capacidade de motivar. Espelho-me em você para continuar a caminhada.

Isabela Pinto, uma amizade nova, porém já bastante sólida para me permitir confirmar o orgulho de conhecê-la. Sua parceria foi muito importante nesta caminhada. Valeu amiga!

Lorene Pinto, parceira, amiga e incentivadora. Sua garra e altivez são enobrecedoras. O incentivo sempre presente e a motivação são sua maior contribuição. Muito grato pela amizade!

Chaidier Andrade e por meio dele todos os meus colegas de trabalho na *SESAB*, especialmente da Coordenação de Projetos Especiais [antiga *ASPLAN*], cuja parceria enriqueceu cada momento do processo vivenciado. Sem vocês este trabalho não seria o que é. Mas ainda temos muito a aprender juntos. Vamos continuar lutando para que o Sistema Único de Saúde que possa garantir o acesso às ações e serviços de saúde para todos os baianos, sem discriminação – com justiça e igualdade. Valeu rapaziada!

Colegas de trabalho dos bons momentos da *UEFS*, especialmente do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva – NUPISC, e os novos colegas da *UFBA*. Fiz isto também pela parceria com vocês. Vamos juntos continuar a construção do campo da Saúde Coletiva. Valeu!

Sisse Santana, amiga e parceira no processo de formação. Em seu nome agradeço a todos [estagiários, residentes e apoiadores institucionais] que ao longo desses quatro anos desenvolveram reflexões e produtos técnicos que contribuíram para as análises que desenvolvi nesta tese. Muito obrigado, amiga!

Colegas do *Colegiado de Gestão* e do *GT de Planejamento*, principais parceiros internos, sempre confiando nas nossas propostas e apostando no sucesso do processo que conduzimos juntos. Muitíssimo obrigado!

Colegas das *Diretorias Regionais de Saúde* – DIRES e unidades assistenciais da SESAB em todo o nosso Estado, sem o apoio dos quais o processo desenvolvido não seria possível. Vocês são mestres no dia a dia.

Parceiros e amigos do *Ministério da Saúde* e da *Organização Panamericana de Saúde*, cuja parceria possibilitou ampliar nossa atuação, como sujeito do planejamento, dando-me a oportunidade de aprender fazendo e construir-me com a vivência constante e paixão pelo SUS. Um agradecimento especial!

Companheiros do Partido dos Trabalhadores, parceiros na luta por construir dias melhores para o nosso povo, com o sonho de um país mais justo, igual e forte. E a partir deles, todos os que, unidos nesta luta, desde minha militância em Alagoinhas até o momento atual, na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, vêm lutando para construir os caminhos de uma Bahia cada vez mais de todos.

Roberta Ferracuti, minha querida esposa, companheira de jornada nesta vida e mãe das minhas duas filhas [Laura e Fernanda] – grande orgulho de minha vida. Obrigado pela paciência e pelo incentivo que sempre me deu para que eu não desistisse ao longo do caminho. Sua perseverança foi muito útil para que eu pudesse chegar aqui. Muitíssimo obrigado mesmo!

João Pereira de Jesus e *Olésia Abreu de Jesus*, meus pais. Sem os quais não seria quem sou. Se me apresento ao mundo como uma pessoa inquieta e interessada é porque sou uma síntese do que você concebeu enquanto essência em minha vida na dialética do meu existir. Gratidão para sempre!

Willian, *Wilson* e *Uelma*, irmãos, amigos companheiros de jornada nesta vida, compartilhando a essência do existir e sempre sonhando com um futuro cada vez melhor para todos nós. Valeu “manos”!

Tia Valdelice de Jesus, e por meio da sua pessoa os demais membros da minha grande família, sempre presentes em minha história e me ajudando a caminhar.

Maria Emília Riquelme ⁽⁺⁾, cujo carisma expresso na vida de pessoas abnegadas produziu mudanças importantes no rumo da minha história.

Irmãs *Missionárias do Santíssimo Sacramento e Maria Imaculada*, em especial Lealcy Mendes, Berenice França, Geidvan Ramos, Isabel Batista, Lúcia Sá Barreto e Zilmar Moreira pelo investimento na educação que transforma a vida e pelo acolhimento de sempre à minhas necessidades de jovem, humano e cristão. Meu obrigado de coração!

RESUMO DA TESE

Esta tese se insere no conjunto dos estudos que vêm sendo desenvolvidos abordando os desafios da prática de planejamento em saúde. Teve como objetivo geral “analisar o processo de planejamento desenvolvido numa instituição pública de gestão estadual do SUS no Brasil no período compreendido entre janeiro de 2007 a dezembro de 2009, buscando discuti-lo do ponto de vista técnico e político, considerando os atores envolvidos, os processos desencadeados e os produtos apresentados”. Buscou-se descrever e analisar as atividades desenvolvidas, destacando o esforço de articulação entre a teoria e a prática no processo de planejamento analisado, tendo o Enfoque Estratégico Situacional como marco teórico principal, aliado à perspectiva do Agir Comunicativo em Saúde e da *Learning Organization*. A metodologia utilizada foi a análise documental, com a identificação, seleção e codificação de documentos institucionais e produzidos por meio de cooperação técnico-científica realizada pela organização estudada, cuja leitura sistemática teve como instrumento de apoio o caderno de registros do autor, construído na perspectiva de uma pesquisa em processo. Partindo de um levantamento bibliográfico na perspectiva de atualizar o debate em torno do “estado da arte” do planejamento em saúde, o “estudo de caso” evidenciou que: a) “o debate acerca do planejamento em saúde no cenário nacional nos últimos vinte anos vem demonstrando o esforço da academia e dos serviços no âmbito do SUS para construir novos modelos de aplicação do planejamento nas instituições públicas de saúde, buscando valorizar a aspectos relativos à macroestrutura social e governamental, a organização dos serviços e das práticas de cuidado e a constituição dos sujeitos da prática de planejamento em vários níveis do sistema”; b) “o processo de planejamento desenvolvido na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia constituiu-se num conjunto de movimentos que, na busca de superar a improvisação e o tecnicismo impregnado nas instituições públicas de saúde, aproveita-se da oportunidade de implantação do Sistema de Planejamento do SUS para construir uma alternativa ao planejamento tradicional, ainda que não tenha radicalizado na ruptura com processos existentes na instituição nem com a lógica formal dos instrumentos por ela utilizados na formulação de suas políticas”; c) “o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 do Estado da Bahia configurou-se como um Jogo Social permeado pela multiplicidade de conceitos e visões dos diferentes atores e empreendedores na construção de consensos possíveis em torno dos problemas identificados. Também revela a importância de adotar-se a perspectiva da organização que aprende e do agir comunicativo para mediar disputas que se travam no cotidiano dos processos decisórios subjacentes à construção de uma agenda estratégica de governo e consolidação de uma lógica de planejamento mais solidária, coletiva e participativa”. Os resultados do estudo revelam a potência do planejamento, numa perspectiva situacional, e demonstra que, mesmo diante da pluralidade e multiplicidade de abordagens existente na área é possível conduzir as instituições a movimentos de construção coletiva de uma “visão de futuro” que contribua para a coesão interna entre a equipe dirigente, quadros técnicos e trabalhadores que atuam no cotidiano do SUS.

Palavras chave: Saúde Pública; Planejamento em Saúde; Estudo de Caso; Processo de Planejamento Governamental; Planos, programas e projetos de governo; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT OF THE THESIS

This thesis is part of a set of studies that have been developed addressing the challenges of the practice of health planning. Aimed to analyze the planning process developed in a public institution of state management of SUS in Brazil during the period from January 2007 to December 2009, trying to discuss it in terms of technical and policy, considering the actors involved, processes and products which have triggered. We sought to describe and analyze the activities, highlighting the effort of articulation between theory and practice in the planning process examined, using the Situational and Strategic Planning as theoretical aim, the perspective of Communicative Action and the *Learning Organization*. The methodology used was documentary analysis, with the identification, selection and coding of documents produced by institutional and technical-scientific study conducted by the organization, whose reading had systematically as an instrument to support the author's book of records, built in the perspective a research process. Based on a literature survey with a view to update the debate on the "state of the art" of health planning, the "case study" showed that: a) "the debate about health planning on the national scene in the last twenty years has shown the effort of academia and services within the SUS to build new models of the planning application in public health institutions, seeking to enhance the social aspects of macrostructure and government, the organization of services and care practices and the constitution of the subject of planning practice at various levels of the system"; b) "the planning process developed at the Department of Health, State of Bahia consisted of a series of movements that, in seeking to overcome the technicality steeped in improvisation and public health institutions, take advantage of the opportunity of implementation of the Planning SUS to build an alternative to traditional planning, which has not yet radicalized the break with existing processes in the institution or with formal logic of the instruments it used in the formulation of its policies"; c) "the process of developing the State Health Plan 2008-2011 of the State of Bahia was configured as a Social Game permeated by the multiplicity of concepts and views of different actors / entrepreneurs in building consensus around the potential problems identified. It also reveals the importance of adopting the perspective of the learning organization and communicative action to mediate disputes that are waged in the daily decision-making processes underlying the construction of a strategic agenda of government and consolidation of a logical planning more cohesive, collective and participatory". The study a result reveal the power of planning in a situational perspective, and demonstrates that, despite the plurality and multiplicity of approaches existing in the area can lead institutions to movements of the collective construction of a "future vision" to help internal cohesion between the team leader, technical staff and workers who work in daily SUS.

Key words: Public Health, Health Planning; Case Study; Government Planning Process; Plans, programs and projects of government; Brazilian National Health System.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

A construção de um “sujeito”... E seu “objeto”...	16
• <i>Artigo 1: Produção científica brasileira sobre Planejamento em Saúde no contexto de construção do SUS (1990-2010)</i>	42
• <i>Artigo 2: Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia</i>	77
• <i>Artigo 3: O processo de construção do Plano Estadual de Saúde na Bahia: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional</i>	106
COMENTÁRIO FINAL	144
ANEXOS	148
APÊNDICES	165

LISTA DE FIGURAS, ANEXOS DOS ARTIGOS E APÊNDICES DA TESE

FIGURAS

Figura 1A – Modelo explicativo das dimensões de análise dos artigos sobre planejamento em saúde (artigo 1)

Figura 1B – Quadro de Conexões conceituais do PES 2008-2011 (artigo 2)

Figura 2 – Linha do tempo do processo de planejamento da SESAB (2007-2009)

Figura 3 – Modelo teórico para análise do processo de formulação do Plano Estadual de Saúde (2008-2011)

Figura 4 – Quadro de distribuição dos atores sociais e empreendedores identificados no processo de elaboração do PES 2008-2011

ANEXOS DOS ARTIGOS

Anexo I – Distribuição dos artigos analisados por Dimensão do processo de planejamento e categorias de análise temática

Anexo II – Catálogo dos documentos institucionais produzidos na ASPLAN/GASEC-SESAB durante o processo de elaboração do PES 2008-2011, selecionados para as análises deste estudo

Anexo III – Quadro geral de mapeamento dos atores

Anexo IV – Organograma da SESAB

Anexo V – Consolidado dos problemas priorizados no processo de elaboração do PES 2008-2011 da SESAB

Anexo VI – Linhas de ação, compromissos e objetivos do PES 2008-2011 da SESAB

Anexo VII – Planilha Síntese da Análise FOFA

Anexo VIII – Quadro analítico das capacidades e acumulações evidenciadas no processo de elaboração do PES 2008-2011

APÊNDICES DA TESE

Apêndice I – Critérios gerais adotados no estudo

Apêndice II – Autorização do secretário para a realização do estudo

Apêndice III – Protocolo de institucionalização do estudo com o aval da Chefia de Gabinete da SESAB

Apêndice IV – Declaração de Conflitos de Interesse

Apêndice V – Termo de Compromisso

Apêndice VI – Aprovação pelo CEP/ISC-UFBA.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AES – Agenda Estratégica da Saúde

ASIS – Análise da Situação de Saúde

ASPLAN – Assessoria de Planejamento

BIREME – Centro Pan-americano de Documentação em Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CENDES – Centro de Estudos para o Desenvolvimento da América Latina

CES – Conferência Estadual de Saúde

CES- Conselho Estadual de Saúde

CG – Colegiado de Gestão

CGMR - Colegiados de Gestão Microrregional

CIB – Comissão Intergestores Biparte

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONFERES – Conferência Estadual de Saúde

COPE / COPES – Coordenação de Projetos Especiais

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CPPS – Centro Panamericano de Planificación de Salud

CS – Casa Civil

DG – Diretoria Geral da SESAB

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DIPRO – Diretoria de Programação e Desenvolvimento Regional da Saúde

DIRES – Diretorias Regionais de Saúde

DIS – Diretoria de Informação em Saúde

DOFA/FOFA – Debilidades, Oportunidades, Fortalezas e Ameaças

DS – Distrito Sanitário

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública

EFTS – Escola de Formação Técnica em Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia/Equipe de Saúde da Família

FESBA – Fundo Estadual de Saúde

FESP – Funções Essenciais de Saúde Pública
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FOFA – Facilidades, Oportunidades, Fragilidades, Ameaças
GASEC – Gabinete do Secretário
GT – Grupo de Trabalho
HEMOBA – Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISC – Instituto de Saúde Coletiva
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências de Saúde
LOA – Lei Orçamentária Anual
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB- Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs Organizações Não-Governamentais
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PEC – Programa de Extensão de Cobertura
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PES – Plano Estadual de Saúde
PG – Pacto de Gestão
PGE – Procuradoria Geral do Estado
PIB – Produto Interno Bruto
PLANEJASESAB – Sistema de Planejamento da SESAB
PLANEJASUS – Sistema de Planejamento do SUS
PARTICIPASUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPA-p – PPA Participativo
PPG&A – Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada
PPLS – Planejamento e Programação Local de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RAG – Relatório Anual de Gestão
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAEB – Secretaria da Administração do estado da Bahia
SAFTEC – Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia
SAIS - Superintendência de Ações Integradas em Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO – *Scientific Electronic Library Organization*
SEC – Secretaria Estadual de Educação
SEFAZ – Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia
SEI – Superintendência de Estudos Econômicos de Desenvolvimento da Bahia
SEPLAN – Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia
SERIN – Secretaria de Relações Institucionais
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINDIMED – Sindicato dos Médicos
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUPERH - Superintendência de Recursos Humanos em Saúde
SUREGS - Superintendências de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SUVISA- Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana
UESC – Universidade Estadual de Santa Cruz
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB – Universidade de Brasília
UNEB – Universidade Estadual da Bahia
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

APRESENTAÇÃO

A construção de um sujeito... E seu objeto...

O trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) mobilizou nosso interesse particular por aprofundar os conhecimentos sobre Política, Planejamento, Gestão e Avaliação (PPG&A) em saúde. Iniciamos nossa caminhada profissional em 1999, trabalhando inicialmente na área hospitalar, onde exercitamos a medicina com muita dedicação na Santa Casa de Misericórdia da Bahia (Hospital Santa Isabel). Na oportunidade estagiávamos no grupo de cardiologia do Prof. Nilzo Ribeiro, onde permanecemos por dois anos, como médico residente.

Direcionamo-nos, em 2001, ao processo de construção do SUS no âmbito municipal, quando nos integramos ao movimento político em saúde que se estabelecia em Alagoinhas – Bahia, cidade natal, onde tínhamos mantido um forte elo de compromisso social, iniciado ainda na adolescência por meio da militância de base na Igreja. Nesse momento, nos inserimos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como médico de equipe e como profissional de referência em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

Paralelamente militamos como representante do Sindicato dos Médicos da Bahia (SINDIMED – Bahia) no município e, logo, integramos a gestão municipal a convite do prefeito Joseildo Ramos e da secretária Marília Fontoura, atuando como diretor clínico do Hospital Maternidade Municipal, onde decidimos investir na formação em Saúde Pública, já que se apresentava a demanda por uma qualificação para organizar os serviços naquele estabelecimento de saúde. Em meio a esses processos decidimos

assumir a vinculação ao Partido dos Trabalhadores (PT), junto ao diretório daquele município.

Fomos aprovados em 2002 na seleção para a “Especialização em Saúde Pública – habilitação sanitarista” na Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), em Ilhéus-Bahia, cursando durante quase dois anos essa especialização, que muito contribuiu para a construção do interesse profissional no campo. Aí conhecemos a área de PPG&A, decidindo investir no “planejamento em saúde” como possibilidade de trabalho e projeto de vida. Três pessoas foram particularmente importantes para isso: as professoras Ana Luiza Vilasbôas, Aladilce Souza e Marluce Assis.

Em parceria com outros quatro colegas (Juliana Pereira, Laraeny Garcia, Simone Santos e Tâmara Carvalho) elaboramos nosso primeiro trabalho acadêmico na área, intitulado “Planejamento como tecnologia de gestão em Una – Bahia: a construção de espaços coletivos de humanização do atendimento”, sob a orientação da professora Marluce Assis (Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS), discutindo a utilidade do planejamento na organização de um sistema municipal de saúde considerando a participação dos usuários por meio de sua inserção no processo pela Conferência Municipal de Saúde.

Esse trabalho, caracterizado como uma proposta de intervenção permitiu compreender o funcionamento de um sistema local de saúde e o contexto da formulação das políticas no âmbito municipal por meio da utilização do instrumental do planejamento de saúde. Utilizamos o referencial de Carlos Matus (1993) para fundamentar o trabalho, realizando uma revisão bibliográfica sobre a aplicação da proposta metodológica desenvolvida pelo autor na área de saúde, considerando metodologias participativas. Também nos apoiamos na experiência prática do nosso grupo e avançamos com o referencial produzido pela Universidade Estadual de

Campinas (UNICAMP), trazendo os trabalhos de Emerson Merhy (1995), Luís Cecílio (1997a,b) e Gastão Wagner Campos (2000) para conversar com os teóricos da área de planejamento em saúde notoriamente reconhecidos no campo da Saúde Coletiva.

O movimento de pós-graduação iniciado aí nos instigou, deveras, a continuar o percurso de formação na área de planejamento, mas compreendemos que a especialização que realizara deixou uma “lacuna” que necessitava suprir – a abordagem sobre os processos de gestão e organização de serviços e uma aproximação aos conteúdos da avaliação em saúde. Buscamos, então, formação complementar por meio de cursos de extensão universitária e atualizações, cujo conteúdo, aos poucos, estimulava a necessidade de avançar no processo de aperfeiçoamento acadêmico.

Decidimos fazer o curso de “Especialização em Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde” na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Debatendo com o objeto dessa pós-graduação, vimo-nos novamente diante do desafio de apreender conceitos, métodos e técnicas de planejamento em saúde. Já estava ocupando o cargo de secretário de saúde do município de Alagoinhas e tinha a responsabilidade de organizar a gestão e os serviços de saúde e elaborar o Plano Municipal de Saúde.

Trabalhamos, na oportunidade, com um levantamento extenso da legislação municipal de saúde no período 1997-2004, analisando em que medida essa legislação teria sido utilizada como norteadora dos processos de planejamento em saúde desenvolvidos no município. Para compor essa análise lançamos mão dos planos municipais de saúde, lei orgânica do município, leis ordinárias e extraordinárias dos poderes executivo e legislativo e de um conjunto de textos que analisavam a trajetória do sistema municipal de saúde no período. Concluímos o trabalho com muito sacrifício, mas com dignidade, com apoio da professora Ester de Souza Costa, considerando que ao finalizá-lo já tinha concluído o mestrado.

A essa altura tínhamos plena consciência de que o projeto de vida que estava construindo incluía a carreira acadêmica. Nessa perspectiva candidatamo-nos e fomos aprovados no Mestrado em Saúde Coletiva, cursado na UEFS, sob a orientação de Marluce Assis. Foi um momento de transformação! Nele pudemos exercitar a construção em processo do “sujeito militante” (Merhy, 2004). Transformar-se em sujeito do conhecimento já era um desejo pulsante e, nesse momento, a partir das leituras da obra de Mário Testa (1995; 1997) pudemos perceber, de fato, que vivenciamos um processo de construção – do sujeito da vida.

“A ciência tem sentido para o sujeito da vida se este se constitui num sujeito público, que é a condição para que a ciência tenha sentido para o sujeito da vida... E esse sentido – mediado pela conformação ideológica consistente em reconhecer o valor transformador da ciência – se concretiza como a motivação para intervir mediante as práticas profissionais e culturais, em apoio imprescindível na formulação de políticas...” (Testa, 1997: p.204)

O sentido, portanto, dado à caminhada, buscava aliar, nas trilhas da vida, a intenção de constituir-se sujeito numa dimensão pública, reconhecendo, para isso, a necessidade de construir-se também academicamente. O ser militante ganha mais sentido se considerarmos o conselho de Testa na citação acima: é preciso reconhecer o valor transformador da ciência e sua capacidade de apoiar a intervenção sobre as práticas profissionais e culturais nos espaços de atuação da nossa militância.

Levamos ao mesmo tempo a vida de secretário municipal de saúde e de estudante de mestrado, deparando-nos constantemente com o dilema de teorizar e praticar, de pensar fazendo e fazer pensando. Momento em que pudemos perceber a complexidade de se tornar sujeito em processo.

Pretendíamos, naquele tempo, analisar e compreender as concepções teóricas e metodológicas acerca do planejamento em saúde existentes no campo da Saúde Coletiva, considerando que havíamos optado por militar nesse espaço e levando em conta da experiência de gestão, fomos provocados a compreender melhor a pluralidade de vozes ao tempo em que refletíamos sobre a possibilidade de identificar a contribuição de cada uma à consolidação do sistema de saúde no Brasil.

De fato, os resultados do estudo de mestrado revelaram um cenário plural e fértil, intimamente relacionado às lutas políticas, ideológicas, teórico-conceituais e práticas travadas pelas instituições pelos sujeitos sociais no “campo”¹, o que, em certa medida também acaba por se expressar no cotidiano dos serviços de saúde.

“Uma constatação ou uma tese?” Aí estava o desafio a seguir. O espaço de gestão que tivemos a oportunidade de conduzir nos permitiu perceber que a pluralidade teórico-metodológica² [se é que assim podemos dizer] não era, de um modo geral, percebida como algo positivo no cotidiano dos serviços, e sim como algo negativo que provocava tensões em vários momentos em que precisávamos definir escolhas metodológicas, gerando um “sobre trabalho” de articulação dos produtos obtidos em cada um dos momentos do processo de planejamento.

Pelo exposto percebe-se a singularidade do que vivenciamos ao trabalhar simultaneamente como gestor de um sistema municipal de saúde, fazendo um curso de mestrado que nos incitava a refletir criticamente sobre planejamento em saúde. Por um lado teorizamos muito e tínhamos pouco tempo para transformar as práticas institucionais na direção apontada pela reflexão teórica, na medida em que estávamos

¹ Adotamos o conceito de campo de Bourdieu (2007), que explicita que a noção de campo representa um espaço social de dominação e de conflitos. Cada campo tem certa autonomia e possui suas próprias regras de organização e de hierarquia social. Como num jogo de xadrez, o indivíduo age ou joga segundo sua posição social neste espaço delimitado.

² O termo “pluralidade teórico-metodológica” aqui, diz respeito à convivência de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas no cotidiano dos serviços de saúde em virtude das matrizes múltiplas de formação dos trabalhadores.

tão mergulhados nos problemas que sequer tínhamos tempo para pensar. Ou seja, vivíamos certa desconexão entre o pensamento e a ação o que nos levava a perguntar, angustiadamente: É possível teorizar fazendo acontecer? É possível fazer acontecer teorizando? Diante disso, qual seria nossa demanda, então para uma nova fase de formação?

Constituir-se sujeito do conhecimento é um processo que, segundo Testa (1997) é complexo e requer intensa capacidade de reflexão por parte daquele que está envolvido com ele. Inicia-se com a descoberta de que é preciso compreender o significado e o sentido de si mesmo e do seu objeto de interesse.

Ora, pois, estávamos diante de um objeto em construção. No limite entre a teoria e a prática. O significado estava dado na medida em que tínhamos em mãos as ferramentas para agir. Mas, como sujeito em processo precisava reconhecer que ao lado dos significados e sentidos da prática estavam as determinações e constituições inerentes a todo jogo social. E a combinação desses elementos, segundo Testa (1997) é que nos aproxima da realidade concreta.

“... É por meio da construção de um objeto e do confronto de vários *enfoques teóricos* com ele que se pode criticamente desenvolver novos movimentos de compreensão que permitem ao sujeito em processo construir-se e desenvolver, no âmbito das ciências sociais, *militância sociopolítica*”... (Testa, 1997)

E aí retomamos a trajetória quando surgiu a oportunidade de trabalhar na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Estávamos diante de um momento histórico com a eleição, em primeiro turno, de Jaques Wagner. Após dezesseis anos de comando pelo Carlismo³, o Governo do Estado tinha a oportunidade de redirecionar a

³ Carlismo é uma expressão que identifica o movimento político liderado pelo ex-senador Antônio Carlos Magalhães, estudado em detalhe na publicação: DANTAS NETO, PF. “O carlismo para além de ACM:

gestão das instituições e políticas públicas de modo a consolidar um processo democrático com ampliação da participação popular.

Ainda em novembro de 2006, convidado pelo professor Jorge Solla, naquele momento o provável indicado para o cargo de secretário da saúde, e sob a coordenação de Washington Couto, à época secretário de saúde do município de Camaçari-Bahia e coordenador do grupo de transição da área de saúde, ficamos responsáveis pela consolidação do Relatório de Transição de Governo. E, tendo participado de todo o processo, fomos convidados a compor a equipe da SESAB na função de assessor especial com a responsabilidade de conduzir, em articulação com as diversas áreas técnicas da secretaria, o processo de planejamento da instituição a partir do dia 2 de janeiro de 2007.

Do ponto de vista da formação acadêmica, tínhamos vivenciado uma breve passagem pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, no grupo Paidéia, liderado por Gastão Wagner Campos e Rosana Onocko Campos. E na oportunidade frequentávamos a linha de pesquisa “Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde” na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)⁴, num processo de construção do projeto de tese para doutoramento. Pretendia dedicar-me ao estudo da gestão e da clínica, mas, com o desafio da condução do processo de planejamento na SESAB veio a necessidade de redirecionar os planos de formação acadêmica.

Buscamos aproximação à UFBA reconhecendo a excelência do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) no tocante ao objeto que estava construindo – o planejamento em saúde. Reencontramos a professora Carmen Teixeira, que se prontificou a apoiar o

estratégias adaptativas de uma elite política estadual”. In: SOUZA, C. & DANTAS NETO, PF (org.): **Governo, políticas públicas e elites políticas nos estados brasileiros**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

⁴ A linha de pesquisa “Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde” tem como objetivo discutir os processos de produção do cuidado em saúde e sua relação com a micropolítica do trabalho em saúde. Encontra-se vinculada ao Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e é liderada por Emerson Merhy, Marcelo Land, Laura Feuerweker e Túlio Franco.

processo que estávamos desenvolvendo na SESAB e, posteriormente, incentivou a construção de uma proposta de doutoramento na área de PPG&A.

Estávamos em meados de 2007 e iniciamos aí esse novo desafio: no contexto do processo de institucionalização do Sistema de Planejamento no âmbito do SUS (PlanejaSUS), construir um projeto de doutoramento que desse conta desse processo “em ato”, considerando a particularidade da instituição e a nossa implicação com o que estava sendo construído, sem negligenciar a intrínseca participação dos diversos sujeitos da instituição neste processo.

Participamos da seleção para o Doutorado em Saúde Pública e após aprovados, fomos pacientemente construindo o objeto que agora apresentamos como possibilidade de investigação/intervenção para o doutoramento: O PLANEJAMENTO EM SAUDE NO SUS: O CASO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (2007-2009).

Manejando o processo de planejamento na instituição, tínhamos em mãos nosso próprio objeto de pesquisa, ou porque não dizer, intervenção. A problemática era o próprio cotidiano desse processo, entremeada pelos significados e sentidos que propunha e pelas determinações e condicionamentos a que estava submetido. O contexto político-institucional favorecia o desenvolvimento de uma proposta teórico-metodológica, mas o processo se desenvolveu com muitas dificuldades, apesar dos êxitos que pretendemos destacar.

De janeiro de 2007 a dezembro de 2009 conduzimos a Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário da Saúde (ASPLAN/GASEC)⁵. Nesse espaço tivemos a oportunidade de construir processos e produtos de planejamento numa perspectiva estratégica e participativa. Possuíamos o irrestrito apoio do secretário Jorge

⁵ A partir desta data fomos nomeados para a Coordenação de Projetos Especiais (COPE/GGASEC), assumindo as mesmas funções de coordenação do planejamento institucional, agregando o acompanhamento de projetos estratégicos ligados ao GASEC.

Solla, do chefe de gabinete Washington Couto e da maioria absoluta dos membros do Colegiado de Gestão da SESAB⁶, que, entusiasmados nos permitiam ousar com os movimentos que buscamos desenvolver. Por outro lado, tínhamos à disposição o apoio financeiro e institucional do Ministério da Saúde por meio do PlanejaSUS⁷, validando o processo desenvolvido e explicitado pelos planos de trabalho apresentados para os desembolsos anuais.

Há que se destacar também o apoio das instâncias colegiadas do SUS-Bahia no desenvolvimento do processo: Conselho Estadual de Saúde (CES-Bahia) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB-Bahia), apostando em todos os movimentos propostos pela ASPLAN/GASEC no período.

Instituímos a sistemática de relatoria trimestral para compor prestação de contas ao CES-Bahia; participamos ativamente do processo de elaboração do Plano Plurianual de Governo (PPA 2008-2011), incluindo o movimento do PPA-participativo (PPA-P); construímos a Agenda Estratégica da Saúde (AES) para os anos de 2007, 2008, 2009 e 2010, com monitoramento mensal de metas e análise de evolução trimestral de ações estratégicas; desenvolvemos, em articulação com o grupo técnico de planejamento institucional (GT de Planejamento da SESAB) a construção do Plano Estadual de Saúde (PES 2008-2011), bem como toda a sistemática de avaliação institucional, realizada em dois grandes movimentos no período – a avaliação de desempenho do ano de 2007 e a auto avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP/SUS), esta última em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS).

⁶ O Colegiado de Gestão da SESAB é uma instância decisória vinculada ao Gabinete do Secretário (GASEC) constituída pelos representantes do gabinete e de todas as superintendências da secretaria, incluindo órgãos estratégicos como a Diretoria Executiva do Fundo Estadual de Saúde, Auditoria do SUS, Ouvidoria do SUS e Coordenação de Projetos Especiais.

⁷ Trata-se de recurso financeiro repassado fundo a fundo desde o Ministério da Saúde para implementação das ações de planejamento no âmbito do SUS, regulamentado por meio da Portaria GM nº 699/2006.

O destaque que se faz necessário em todo esse processo é justamente o esforço de articulação intra e interinstitucional empreendido no desenvolvimento da proposta. Para realizar um processo de planejamento com a magnitude que se pretendia, buscou-se o apoio interno dos diversos espaços de gestão na SESAB e, a partir de um conjunto de iniciativas, progressivamente, também se buscou envolver outros órgãos de governo, instituições parceiras e organismos internacionais⁸.

Tudo se inicia com a constituição de um grupo técnico (GT) de planejamento, composto por representantes de todas as áreas técnicas da SESAB. Realizaram-se, ainda em 2007, um conjunto de “encontros” com a finalidade de apresentar e discutir as abordagens possíveis ao processo que se desejava institucionalizar. O conjunto dos servidores envolvidos construiu uma “agenda de trabalho” para o planejamento na instituição definindo o escopo da intervenção na direção de se consolidar o planejamento como “tecnologia de gestão”, “dispositivo de rede” e “instrumento de intervenção pedagógica”.

Na direção da *tecnologia de gestão* delineou-se o movimento denominado PlanejaSESAB, alusivo ao PlanejaSUS, considerando que era preciso contagiar a instituição com uma “onda” de planejamento. Definiram-se os instrumentos de gestão fundamentais e deflagrou-se o processo de elaboração do Plano Plurianual (PPA 2008-2011), dirigido pela Secretaria de Planejamento (SEPLAN), mas que teve na SESAB a “dupla” coordenação da ASPLAN/GASEC e do Fundo Estadual de Saúde da Bahia (FESBA).

⁸ Como órgãos de governo destacamos a Secretaria de Planejamento (SEPLAN); quanto às instituições parceiras destacamos o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA com a qual a SESAB mantinha contrato para cooperação técnica na implementação do PlanejaSUS (Contrato Administrativo nº 069/2008); e como organismo internacional destacamos a OPAS/OMS-Brasil, que, por meio de termo de cooperação apoia a SESAB na implantação e desenvolvimento de projetos prioritários na direção do fortalecimento institucional, gestão do trabalho e educação permanente em saúde, assistência farmacêutica e redução da mortalidade materna e infantil. Também é parte do processo de cooperação com a OPAS/OMS um acordo internacional de apoio ao desenvolvimento de uma sistemática de planejamento no âmbito do Ministério da Saúde Pública da província de Tucumán – Argentina.

No tocante à construção de uma *rede* como dispositivo institucional de articulação e comunicação entre as pessoas, buscou-se, com a oficialização do GT de Planejamento por meio de portaria do secretário da saúde⁹, ampliar a participação dos diversos setores na construção dos instrumentos de gestão e na organização das propostas de intervenção desencadeadas pelos gerentes do planejamento na instituição.

Na direção de construir-se por meio do planejamento possibilidades de *intervenção pedagógica*, a ideia dos “encontros de planejamento”, a parceria com o ISC/UFBA e outras instituições formadoras, como a Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), viabilizou um conjunto movimentos de formação profissional e de atualização na área. Podemos destacar a inserção de residentes no espaço de trabalho da ASPLAN/GASEC, a construção dos cursos de atualização do PlanejaSUS, a articulação com o Mestrado Profissional de Gestão em Saúde e a Especialização em Planejamento em Saúde.

Também cabe destacar a participação de representantes dessas instituições e apoio metodológico em vários cursos ministrados, até em âmbito internacional, como, por exemplo, a formação de planejadores do Ministério da Saúde Pública da província de Tucumán (Argentina), realizado em abril de 2009.

Todo esse movimento desencadeado no período de transição de governo, que toma corpo com a posse em 2 de janeiro de 2007, passa a ser parte do interesse que desenvolvemos para nossa proposição de doutoramento. Considerando a história de vida e as motivações que se apresentam vemo-nos diante do desafio de estudar o próprio cotidiano e os produtos que ele possui. É claro que isso não é uma decisão fácil. Podemos até dizer que é uma tremenda “ousadia”!

⁹ Portaria SESAB nº 1.381, de 02 de junho de 2008.

Porém, sem dúvida nenhuma, adotar a perspectiva de estudar algo em processo num doutorado e ainda ser parte do estudo requer um exercício muito consciente de objetivação e autoanálise. Algo que ao longo dos dois primeiros anos do curso fomos construindo, já que processos como esse requerem do pesquisador reconhecer-se parte do processo pesquisado e, como afirma Merhy (2004), revela certo engajamento produtivo que ao mesmo tempo em que constrói conhecimento também constrói subjetividade.

Não foi fácil decidir o caminho! Muitas dúvidas foram acompanhando a jornada de construção até que cheguei ao momento de certa maturidade: é possível sim fazer o que estou propondo. Reconhecendo os limites que o processo pode ter nas conclusões do estudo, a primeira decisão é incluir-se no cenário – ser um observador participante. Aí revelo uma estratégia que venho utilizando desde que iniciei meu trabalho no grupo de transição: “meu caderno de registros”, que durante todo tempo foi um importante dispositivo para registrar minhas “inquietações” ao longo do processo.

O fato é que, valendo-me do lugar de observador privilegiado, busquei, com a autorização devida, construir meu objeto de estudo, questionando-me:

É possível teorizar fazendo acontecer? É possível fazer acontecer teorizando? Como um processo de planejamento pode ser subsídio para a consolidação de uma proposta de intervenção política na prática? O que essa prática [a intervenção política] requer de um processo de planejamento? Na área de saúde é diferente?

E era a minha prática que tinha que ser analisada e produzir a resposta a essas questões. A dúvida é: trata-se de questões de pesquisa? Há lacunas de conhecimento a serem preenchidas aí?

Não podemos dizer que exista uma questão *a priori*, na prática, o que se coloca é que processos de planejamento, por mais organizados e estruturados que possam parecer, são vistos por muitos como meros movimentos de elaboração de planos, projetos e programas. E isso está enraizado no seio da administração pública brasileira e, arrisco dizer, internacional.

Levantamentos realizados nas bases de dados internacionais consolidadas na Biblioteca Virtual em Saúde¹⁰ (<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php> - último acesso em 26/01/2012 às 16h e 32min) e por meio da plataforma ePORTUGUÊSe (<http://eportuguese.bvsalud.org/php/index.php> - último acesso em 28/01/2012 às 18h e 02min.), identificaram artigos científicos internacionais¹¹ sobre a temática, selecionados pelos descritores “*health planning*” e “*public health*”, no período 2005-2010.

Demonstrou-se uma tendência do planejamento à condição de instrumento ou ferramenta para organização e gerenciamento da oferta de serviços de saúde, apesar dos muitos avanços na implementação de inovações de sua utilização na gestão dos serviços de saúde. Observa-se uma dada importância a processos mais estruturados de planificação com enfoques gerenciais sobre resultados no intuito de garantir acesso à prestação de serviços. Verifica-se também uma crescente preocupação com a participação das comunidades nos processos gerenciais, ainda que, a priori, isso não venha sendo a tônica dos estudos identificados nessas bases. (Asch *et al*, 2005; Wright J *et al*, 2005; Davenport C *et al*, 2006; Vilarbi TR *et al*, 2007; Taylor-Robinson DC *et al*, 2008; Light DW, 2008; Sridhar D, 2010)

¹⁰ Optamos pela BVS para guardar coerência com a proposição de apoio dado ao estudo pela OPAS/OMS.

¹¹ Identificaram-se, após o refinamento da seleção por meio dos descritores escolhidos, 334 artigos científicos nas bases pesquisadas através do portal BVS, dos quais se selecionaram aleatoriamente 10% daqueles disponíveis “*on line*” para leitura dos resumos e identificação das principais concepções e abordagens. Foram excluídos, neste momento, aqueles artigos de origem brasileira que também figuravam nas bases SciELO e LILACS, já que os mesmos foram objeto de revisão sistemática para a construção de um dos artigos da tese. Salienta-se que as considerações feitas acima acerca dessas tendências e abordagens configuram-se apenas como aproximação à realidade, na medida em que somente estudos epistemológicos de maior monta poderão dar conta de esgotá-los.

Estudos realizados na Europa, América do Norte e Oceania tentam evidenciar a capacidade de planejamento em saúde na esfera pública, analisando casos e comparando experiências de vários países no tocante à condução dos processos de formulação, assessoramento e implementação de políticas, planos e projetos. São identificados avanços substanciais nos processos de formulação e implementação, porém, resultados efetivos decorrentes desses processos demandam investimento em estudos empíricos, já que os contextos analisados são diversos e singulares. (Green, 1995; Boyne *et al*, 2004; Ettelt S & *cols*, 2006, 2008, 2009; Fazekas M & *cols*, 2010)

No conjunto de cinquenta e cinco artigos nacionais que levantamos nas bases de dados SciELO e LILACS com o descritor “planejamento em saúde”, no período entre 1990 e 2010 é demonstrado que o planejamento tem sido um importante dispositivo para a elaboração e implantação de políticas públicas no sistema de saúde brasileiro. Entretanto, dependendo da direcionalidade dada nas diferentes conjunturas político-institucionais, o planejamento assume características e objetivos diversos, o que impõe a necessidade de contínuo aperfeiçoamento da prática de formulação e implementação dessas políticas, principalmente no âmbito do SUS.

Estudos recentes sobre a prática de planejamento nas instituições de saúde brasileiras revelam exatamente que a incorporação do planejamento dito “não estruturado” é o mais encontrado no cotidiano dessas instituições. Coelho (2001), Lotufo (2003), Vilasbôas (2006), Rocha (2008) e Cerqueira (2008) são exemplos de algumas teses construídas nos últimos anos que apontam essa questão. Observa-se um predomínio de certo “improvisado” em detrimento dos processos de planejamento mais “estruturados”, ainda que se institua movimentos que busquem superar essa perspectiva. Por outro lado, revelam-se também limitações que esses processos têm de

ampliar a participação das pessoas, já que, ao fim de tudo, um conjunto de “notáveis” acaba por fazer, sistematizar, decidir, consolidar.

Lotufo & Miranda (2007, p. 1144), analisando as práticas de gestão em 12 secretarias estaduais de saúde no Brasil evidenciaram que:

“No que se refere às características dos gestores e da gestão no âmbito estadual de governo, denotando-se algumas dificuldades e lacunas nos processos de formulação de políticas, no uso de tecnologias de planejamento e programação, na conformação dos sistemas de direção estratégica e na implementação das políticas governamentais de saúde, além de investimentos para a qualificação das práticas de gestão setorial, com gradual incremento na capacidade dos governos estaduais para a condução e implementação de suas políticas.”.

Isso se coaduna com o que revelou o estudo de Coelho (2001) em relação às características dos processos decisórios e a situação da formulação de políticas. O sistema de direção estratégica verificado no caso estudado demonstra que a formação da agenda institucional apresentou indícios de pouca participação da sociedade civil e do nível técnico na seleção e priorização de problemas. A questão da “representação” de governo e dos interesses aliados se apoia em disposições ideológicas e práticas autoritárias, contradizendo a necessidade de transparência e modernização gerencial. As decisões relativas aos projetos, serviços e ações correm por conta dos níveis subordinados, sendo pouco problematizadas na rotina institucional. A preocupação com os recursos humanos e financeiros ocupam grande parte do tempo dos dirigentes em negociações internas e compromissos externos para assegurá-los. E os resultados em relação à situação de saúde representam uma espécie de “sujeito oculto” do discurso institucional. A informação surge nas disputas institucionais como “recurso de poder” técnico nas suas dimensões médica, epidemiológica, sanitária ou administrativa.

Rocha (2008), por sua vez, analisando a implementação de um processo de planejamento numa secretaria de estado da saúde, identifica o desenho organizacional

fragmentado, a ausência de propósitos comuns entre a instituição e o Governo, a situação de escassez técnica, administrativa e política como fragilidades, superada em processo por meio da criação de uma identidade coletiva e de geração de inovações na esfera pública (nos serviços) e privada (na subjetividade) naquela instituição. O estabelecimento de parcerias aumentou a *governabilidade* e a *capacidade de governo* e permitiu a construção de uma agenda e o estabelecimento de um método de planejamento e avaliação com base na ação comunicativa voltada para compromissos, apoiada no fazer (saber operante) e no suporte técnico externo.

Vilasbôas & Paim (2008) verificaram por meio de um estudo de caso que as práticas de planejamento não estruturadas predominam dentre o conjunto das práticas estabelecidas num processo de planificação municipal em particular. Demonstram, por meio do estudo, que a perpetuação dessas práticas e a forte indução política, entretanto, não se constituíram em obstáculos para a construção de uma proposta de ampliação do acesso da população a serviços de saúde, apesar de não ter permitido superar a barreira do financiamento centrado no subsídio dos recursos descentralizados pelo Governo Federal.

“A realização de *práticas não estruturadas* de planejamento, de natureza estratégica, pela equipe dirigente, permitiu a ampliação significativa da oferta e serviços à população, mas não teve amplitude para superar os limites que o modelo de financiamento das ações de saúde, sob forte indução federal, impunham à governabilidade dessa organização. O projeto foi o vértice mais robusto do triângulo de governo e levou ao desenvolvimento de certa perícia da equipe dirigente, assegurando-lhe relativa governabilidade sobre o projeto de saúde. Os propósitos de crescimento da oferta dos serviços de saúde foram condicionados pela fragilidade do método e pela incipiência institucional da organização”. (Vilasbôas & Paim, 2008, p. 1249)

Ainda no tocante à implementação de processos de mudança considerando o instrumental do planejamento, o limite está justamente na adoção de perspectivas de gestão que não privilegiam o planejamento como tecnologia de gestão. O trabalho de Cerqueira (2008) revela exatamente, por meio do estudo de um processo desenvolvido no âmbito municipal, a potencialidade de se instituírem processos de gestão que tenham como pano de fundo a temática e a condução do planejamento. Prática que enfrenta muita resistência ainda no modelo de administração pública implantado em nosso país.

Considerando as evidências e a prática vivenciada, estudar experiências em processo pode ser uma saída para desvendar algumas dessas indagações. O desafio que nos propomos é portanto: *analisar o processo de planejamento desenvolvido numa instituição pública de gestão estadual do SUS no Brasil no período compreendido entre janeiro de 2007 a dezembro de 2009, buscando discuti-lo do ponto de vista técnico e político, considerando os atores envolvidos, os processos desencadeados e os produtos apresentados.*

Para isso, diante das motivações que nos movem, propomos organizar nossa tese em três artigos que, na medida em que se articulem, possam dar conta dos seguintes *objetivos específicos*:

- *Identificar e discutir a produção científica brasileira na área de Planejamento em Saúde, especificamente no campo da Saúde Coletiva, considerando suas contribuições teóricas e metodológicas ao processo de planejamento, no período de implementação do Sistema Único de Saúde;*
- *Descrever e analisar o processo de planejamento desenvolvido na SESAB, buscando discutir algumas das dificuldades encontradas e os avanços no*

aperfeiçoamento da prática de planejamento identificados, no período de janeiro de 2007 a julho de 2009.

- *Analisar o processo de formulação do Plano Estadual de Saúde da Bahia, com ênfase na caracterização dos atores políticos envolvidos, descrição do processo decisório e balanço do aprendizado institucional ocorrido no âmbito da SESAB no período estudado.*

Os pressupostos que defendemos e que buscamos testificar¹² com a apresentação de cada artigo são os seguintes:

Primeiro pressuposto: *“O debate acerca do planejamento em saúde no cenário nacional nos últimos vinte anos vem demonstrando o esforço da academia e dos serviços no âmbito do SUS para construir novos modelos de aplicação do planejamento nas instituições públicas de saúde, buscando valorizar aspectos relativos à macroestrutura social e governamental, a organização dos serviços e das práticas de cuidado e a constituição dos sujeitos da prática de planejamento em vários níveis do sistema.”*

Segundo pressuposto: *“O processo de planejamento desenvolvido na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia constituiu-se num conjunto de movimentos que, na busca de superar a improvisação e o tecnicismo impregnado nas instituições públicas de saúde, aproveita-se da oportunidade de implantação do Sistema de Planejamento do SUS para construir uma alternativa ao planejamento tradicional,*

¹² Utilizamos o termo “testificar” em consonância com a perspectiva defendida por Minayo (2010). Para essa autora, trata-se de um momento de verificação da veracidade, de confronto entre referencial teórico, metodologia e as bases empíricas do conhecimento do pesquisador – os pressupostos do trabalho.

ainda que não tenha radicalizado na ruptura com processos existentes na instituição nem com a lógica formal dos instrumentos por ela utilizados na formulação de suas políticas.”

Terceiro pressuposto: *“O processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 do Estado da Bahia configurou-se como um Jogo Social permeado pela multiplicidade de conceitos e visões dos diferentes atores e empreendedores na construção de consensos possíveis em torno dos problemas identificados. Também revela a importância de adotar-se a perspectiva da organização que aprende e do agir comunicativo para mediar disputas que se travam no cotidiano dos processos decisórios subjacentes à construção de uma agenda estratégica de governo e consolidação de uma lógica de planejamento mais solidária, coletiva e participativa”.*

Aspectos metodológicos e éticos

Considerando os conhecimentos adquiridos ao longo de cinco anos de investimento no estudo de metodologias de pesquisa qualitativa, o processo de produção e análise das informações que utilizamos na elaboração de cada um dos artigos apresentados a seguir ancorou-se numa abordagem de “pesquisa em processo”. Partimos de duas constatações para isso: uma primeira que reconhece que o trabalho em questão não é uma pesquisa tradicional – é o estudo de algo em curso; uma segunda que reconhece a existência de uma implicação entre o sujeito condutor da pesquisa e o seu objeto.

Para trabalhar a questão da “pesquisa em processo”, apoiamo-nos no referencial do “estudo de caso”, definido por Yin (2005, p.32) como uma *investigação empírica*

que tem como objeto um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre esse fenômeno e o contexto não são claramente definidos e o pesquisador não controla.

Outros autores como Creswell (1994) e Gerring (2004) também apresentam a proposta de estudos de caso e explicitam que os mesmos pautam-se na *particularidade e complexidade* de um simples caso, considerando que *o pesquisador, nessa perspectiva, explora um fenômeno limitado no tempo e atividade, coletando de modo detalhado as informações que deve utilizar por meio de uma variedade de procedimentos durante um período de tempo definido.*

Os “estudos de caso”, segundo Gil (2009), possibilitam ao pesquisador analisar um fenômeno em maior profundidade, com ênfase no contexto e no processo onde ele se desenvolve. Esse tipo de estudo permite também mais flexibilidade teórica e metodológica, quando possibilita combinar técnicas e articular diferentes teorias. Por outro lado, considerando a percepção do autor, favorecem o entendimento de processos em curso – ideal para abordagem a processos de “mudança”, exigindo um delineamento transdisciplinar e transparadigmático. O que justifica a necessidade de adequação metodológica, busca de profundidade, conhecimento da realidade, bem como a ênfase na totalidade, considerando os múltiplos fatores que determinam o fenômeno, a unidade do caso e o contexto.

Quanto ao envolvimento como condutor da pesquisa, compreendemos que isto figura a necessidade de certo “saber militante”. Merhy (2004) afirma ser por meio do protagonismo que os sujeitos desenvolvem o interesse por analisar-se a si mesmos, sua ação e intenção. Apoiando-se em ideias apresentadas por outros autores como Minayo (1994) e Testa (1997), analisa o processo de implicação desses militantes quando da produção do conhecimento. Situa a discussão no âmbito de suas *ações*

protagonizadoras e dos desafios impostos pela militância aos processos de construção cognitiva, o que têm requerido daqueles que pretendem estudar os fenômenos nos quais estão envolvidos certa objetivação, credibilidade, fidedignidade e operacionalidade. É necessário, portanto, um agir diferenciado – um agir militante. E mais, um novo saber – o saber militante.

“A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagônica pode gerar como acontecimentos, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um **saber militante**, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender “mais” a situação e a ação, para continuar agindo. Nesse tipo de processo a implicação é estruturante do processo, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção”. (Merhy, 2004)

Estamos, portanto, diante de uma investigação-intervenção que se apoia na perspectiva de “estudo de caso” defendida por Gil (2009), aplicada à área de PPG&A. Trata-se do curso de um *processo de mudança* no momento em que se assume a mudança da gestão como marco de um redirecionamento político e ideológico na gestão do SUS no Estado da Bahia. Tomamos como objeto o processo de planejamento numa instituição gestora do SUS do âmbito estadual, tendo o recorte temporal situado no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009, período em que se desenvolve um conjunto de movimentos que culminam com a formulação de instrumentos de gestão [produtos desse processo], que também se constituem material de análise em nossa pesquisa, cujos critérios e aspectos éticos constam dos apêndices desta tese (Apêndices I, II, III, IV, V e VI).

Organizamos os resultados alcançados em artigos científicos que retratam o passo a passo do processo estudado, iniciando com uma atualização do “estado da arte” na área de planejamento em saúde, ampliando e redefinindo a análise iniciada em estudo anterior sobre a produção científica em planejamento no campo da Saúde Coletiva

(Jesus *et al*, 2011), tendo em vista a identificação das contribuições teóricas e metodológicas dos diversos autores e trabalhos para o conhecimento e aperfeiçoamento do processo de planejamento no SUS.

O **segundo artigo** abordou o processo de planejamento desenvolvido na instituição estudada, considerando seus tempos e movimentos. Resgatamos o processo histórico do planejamento na instituição e detalhamos os momentos de desenvolvimento da proposta desenvolvida no período 2007-2009, por meio de uma “linha do tempo” – um diagrama onde se apresentaram os processos desencadeados e os seus principais produtos, articulados aos momentos do Planejamento Estratégico Situacional (Matus, 1987). Também foram apresentados os avanços e desafios desse processo, discutindo-os à luz das perspectivas da “organização que aprende” (Senge, 2008) e da “análise de instituições hipercomplexas” (Testa, 2002).

Finalmente, o **terceiro artigo** analisou o processo de formulação do Plano Estadual de Saúde da Bahia, no período 2007-2009, focalizando especificamente o processo político de tomada de decisões em torno dos problemas e oportunidades de ação com base no referencial construído a partir de adaptação do modelo teórico do ciclo da política pública, contemplando, portanto, a análise do contexto, a caracterização dos atores envolvidos, as operações realizadas na tomada de decisões e os meios estratégicos utilizados.

Referências

Asch SM *et al.* A review of instruments assessing public health preparedness. *Public Health Rep*; 120(5)532-42, Set-Oct, 2005.

Boyne GA, Gould-Williams J. Planning and Performance in Public Organizations: An Empirical Analysis. *Public Management Review*, n. 5, 115-32, 2003.

Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

Cecílio LCO (org.). *Inventando a mudança na Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo, Hucitec / Lemos Editorial, 1997b.

Cerqueira SCC. *O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador*. [Dissertação de mestrado]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2009.

Coelho TCB. *O processo de gestão em uma organização hipercomplexa do Sistema Único de Saúde* [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2001.

Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos quantitativo, qualitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Dantas Neto PF. “O carlismo para além de ACM: estratégias adaptativas de uma elite política estadual”. In: Souza C, Dantas Neto PF (org.): *Governo, políticas públicas e elites políticas nos estados brasileiros*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

Davenport C *et al.* Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *J Epidemiol Community Health*; 60(3): 196-201, Mar 2006.

Ettelt S *et al.* *Health care capacity planning: a review of international experience*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, 2006.

Ettelt S *et al.* *Health care capacity planning: whose responsibility?* World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health System and Policies. Copenhagen, 2008.

Ettelt S *et al.* *Planning health care capacity: a review of international experience*. In: Rachel *et al.* Investing in hospitals of the future. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health System and Policies. Copenhagen, 2009.

Fazekas M *et al.* *Framework for assessing, improving and enhancing health service planning*. Rand Europe Corporation: Cambridge (UK), 2010. Disponível em www.rand.org/randeurope.

Gerring J. What is a case study and what is it good for? *American Political Science Review*, v.98, n.2, p. 341-54, 2004.

Gil AC. *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas, 2009.

Green A. O estado de planejamento em saúde nos anos noventa. *Health Policy and Planning*, Vol. 10, n.1, 1995.

Light DW. Will the NHS strategic plan benefit patients? *BMJ*; 337: a824, 2008.

Lotufo M, Miranda A. Sistemas de gestão e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *RAP* 2007; 41 (6): 1143-63.

Lotufo M. *Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES/MT (2001)*. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA: 2003.

Matus C. *Estratégias políticas: Chipanzé, Maquiavel e Gandhi*; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.

Matus C. *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

Matus C. *Política y Plan*. Caracas-Venezuela: Iveplan, 1982.

Matus C. *Política, planificação e governo*, 2^a ed. Brasília, IPEA, 1993. p. 297 - 554.

Matus C. *Teoria do Jogo Social*; tradução Luís Felipe Rodrigues Del Riego; revisão técnica Vanya Mundim Sant'Ana. São Paulo: Fundap, 2005.

Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1995. p.117-148.

Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB *et al* (org.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004.

Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. Gallo E. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995, p.117-148.

Rocha AARM. *O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: O caso da SES/Sergipe*. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA: 2008.

Schraiber LB (org.). *Programação em saúde hoje*. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

Senge PM. *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*, 24.ed. Tradução OP Traduções; consultoria Zumble Aprendizagem Organizacional. Rio de Janeiro: Bestseller, 2008.

Silveira TCC. Planejamento em saúde na Bahia, 1989-1994. [Dissertação de Mestrado]. Salvador (BA): UFBA, 1994.

Sridhar D. Seven challenges in international development assistance for health and ways forward. *J Law Med Ethics*; 38(3): 459-69, 2010.

Taylor-Robinson DC *et al.* Planning ahead in public health? A qualitative study of the time horizons used in public health decision making. *BMC Public Health*; 8: 415, 2008.

Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy EE, Onocko RT (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.17-70.

Testa M. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. São Paulo: Hucitec, 1995.

Testa M. *Pensar en Salud*. 3.ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p. 85-125.

Testa M. Saber en salud: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

Vilarbi TR *et al.* The Balanced Scorecard as a management tool in public health organization. *Gac Sanit*; 21(1): 60-5, Jan-Feb 2007.

Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(6):1239-1250, jun, 2008.

Vilasbôas ALQ. *Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA: 2006.

Wright J *et al.* Participation in health impact assessment: objectives, methods and care values. *Bull World Health Organ*; 83(1): 58-63, Jan 2005.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3.ed. Porto alegre: Bookmann; 2005.

Artigo 1: PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO CONTEXTO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (1990-2010)

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE
PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO CONTEXTO DE
CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (1990-2010) ¹³**

Washington Luiz Abreu de Jesus¹⁴
Carmen Fontes Teixeira¹⁵

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a produção científica na área de Planejamento em Saúde, especificamente no campo da Saúde Coletiva, considerando suas contribuições teóricas e metodológicas ao processo de planejamento, no período de implementação do Sistema Único de Saúde. Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico considerando artigos científicos completos da área de PPG&A em saúde, disponíveis nas bases de dados SciELO e LILACS no período 1990-2010, cujo conteúdo foi analisado à luz de um marco referencial construído a partir da revisão da produção teórico-metodológica da área, a qual permitiu a identificação das “dimensões” do processo de planejamento: sócio-política, técnico-organizativa, gerencial e relacional ou inter-operativa. Foram identificados cinquenta e cinco artigos, submetidos à análise temática e distribuídos segundo a aproximação do conteúdo abordado nas várias dimensões propostas. A análise revela a diversidades de enfoques e perspectivas com que os sujeitos da produção de conhecimento tratam esse objeto e demonstra as potencialidades da área no aporte teórico e metodológico aos processos de planejamento e gestão governamental, constatando-se que a produção científica nesta área se constitui num processo de interação com a prática e sugere-se o aprofundamento do estudo no sentido de identificar a relação entre as concepções teóricas e opções políticas dos autores com relação à manutenção, mudança e transformação do sistema de saúde.

Descritores: Planejamento em Saúde, Revisão Sistemática, Produção Científica, Saúde Coletiva.

¹³ Esse artigo foi inicialmente elaborado como trabalho de conclusão da disciplina “Seminários Avançados de Teoria da Planificação em Saúde”, sendo reapresentado na disciplina “Fundamentos para elaboração de artigos” durante o curso de Doutorado.

¹⁴ Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Doutorando em Saúde Pública (ISC-UFBA). Professor da Universidade Federal da Bahia (Departamento de Medicina Preventiva e Social). Coordenador de Projetos Especiais da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

¹⁵ Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Humanidades e Artes Prof. Milton Santos (IHAC) e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, ambos da UFBA.

BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION ON HEALTH PLANNING IN THE CONTEXT OF BUILDING OF UNIFIED HEALTH SYSTEM (1990-2010)

Washington Luiz Abreu de Jesus
Carmen Fontes Teixeira

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the scientific production in Health Planning, specifically in the field of Public Health, considering its theoretical and methodological contributions to the planning process, the period of implementation of the Unified Health System. To do so was based on a literature considering complete scientific articles in the area of health PPG & A, available in the databases LILACS and SciELO in the period 1990-2010, whose content was analyzed in the light of a landmark, built from the review of the production area of theoretical and methodological, which allowed the identification of "dimensions" of the planning process: sociopolitical, technical and organizational, managerial and relational or inter-operative. Were identified fifty-five articles, subjected to thematic analysis and distributed according to the approach of the content addressed in the various dimensions proposed. The analysis reveals the diversity of approaches and perspectives to the subject of knowledge production deal with this object and demonstrates the potential of the area in theoretical and methodological procedures for planning and managing government, noting that the scientific production in this area constitutes a process of interaction with the practice and suggest a deeper study in order to identify the relationship between theoretical concepts e policy options of the authors with regard to maintenance, change and transformation of the health system.

Key words: Health Planning, Systematic Review, Scientific Production, Social Medicine.

Introdução

O planejamento, como prática social tem suas origens históricas com a emergência do socialismo, na Rússia, refletindo um modelo de fortalecimento do Estado em contraposição à lógica de mercado implantada pelo modo de produção capitalista (Giordani, 1979). Nessa perspectiva, *“é possível compreendê-lo como uma prática que, ao tempo em que é técnica, política, econômica e ideológica, constitui-se num processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta certa finalidade e recorrendo a instrumentos, atividades e relações sociais”*. (Paim, 2006. p.770)

No Brasil, a trajetória do planejamento estatal no século XX esteve sempre vinculada à questão do desenvolvimento econômico e da industrialização do país, caracterizado pela centralização federal e por longos períodos de autoritarismo. A área de saúde nesse contexto, como parte do sistema de proteção social, não se beneficiou de um processo integrado de planificação governamental (Machado, Baptista & Lima, Baptista & Lima, 2010), tendo como efeitos a formulação de políticas fragmentadas, focalizadas e de baixo impacto nas condições de saúde da população. (Barata, 1997)

As décadas de 1970 e 1980, caracterizadas pela crise do modelo desenvolvimentista brasileiro, são marcadas pela luta em favor da democratização da sociedade brasileira e da saúde, pela emergência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira – RSB e consolidação do projeto do Sistema Único de Saúde – SUS (Paim, 2008). Nessa conjuntura surge a área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação – PPG&A (Schraiber, 1999; Nunes, 1992) enquanto área de produção de conhecimentos e de intervenção no campo da Saúde Coletiva (Almeida-Filho & Paim, 2000).

A partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, intensificou-se o debate sobre a necessidade de se implementar o SUS, nesse momento, legalmente

instituído (Paim e Teixeira, 2006). Entretanto, a partir de 1990, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde, e principalmente com a elaboração e implementação das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB 91; 93; 96) esta área [PPG&A] assume papel significativo na fundamentação teórico-metodológica dos processos de planejamento municipal para a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde (Assis, Pereira & Mishima, 1997). Prova disso foi o esforço empreendido na construção de instrumentos, métodos e técnicas que vêm subsidiando desde então o planejamento local, especificamente com vistas à mudança do modelo assistencial.

No âmbito federal, entretanto, na década de 1990 houve predomínio de políticas econômicas de cunho neoliberal, que implicaram em certa desvalorização do planejamento, embora, na área de saúde, o processo de construção do SUS tenha continuado, com avanços e retrocessos decorrentes da correlação de forças políticas no setor. Nesse particular, cabe destacar a importância da experiência acumulada no processo de implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, a partir de 1994, o qual veio a constituir-se em espaço de reorganização da atenção básica e de fortalecimento do processo de planejamento e programação local. (Teixeira & Solla, 2006; Vilasbôas, 2006)

Mais recentemente, com a mudança de enfoque na política econômica a partir de 2003, o planejamento voltou a ser valorizado, fato que repercutiu inclusive na área de saúde com a implantação do Sistema de Planejamento do SUS, decorridos quatorze anos da sua proposta original (Vieira, 2009; Brasil, 2006). Nesse contexto, ocorreu um grande investimento da capacitação de pessoal nos vários níveis do sistema, o que vem concorrendo para o fortalecimento da articulação entre a produção acadêmica e a gestão do sistema, especialmente para a difusão do enfoque estratégico situacional (Vilasbôas, 2006; Lotufo & Miranda, 2007; Rocha, 2008; Moreno-Neto, 2011).

Esse processo fundamenta-se no debate acumulado no âmbito da planificação de saúde latino-americana¹⁶, consolidando-se na articulação entre os espaços acadêmicos e o sistema de serviços de saúde, verdadeiros campos interdisciplinares e interinstitucionais onde transitam saberes e fazeres em saúde coletiva. A dupla dimensão – teórica e prática – dos processos de planejamento no cotidiano permitiu o desenvolvimento de métodos e técnicas de diagnóstico, análise e formulação de proposições políticas para enfrentamento aos problemas de saúde da população e do sistema de serviços, considerando os elementos da prática social e do contexto (Teixeira, 1997; 2003).

Estudos bibliográficos que contemplem o balanço do “estado da arte” na área de PPG&A vêm se tornando frequentes (Levcovitz *et al*, 2003; Paim & Teixeira, 2006) e expressam a necessidade do desenvolvimento de trabalhos históricos e epistemológicos nesta área, bem como de estudos sistemáticos sobre possíveis objetos, métodos e técnicas de planejamento (Paim 2002), embora existam alguns trabalhos acerca das correntes de pensamento da área (Gallo *et al* 1992; Rivera, 1995; Gallo, 1995; Merhy, 1995; Rivera & Artmann, 1999; Onocko Campos, 2000; Rivera & Artmann, 2010; Teixeira & Jesus, 2010).

Estudos como os de Teixeira & Sá (1996) e Paim & Teixeira (2006) destacam-se, entretanto, por demonstrarem que o movimento de construção do planejamento em saúde no Brasil se caracteriza pela diversificação das abordagens, cuja operacionalização vem apontando para uma centralidade no sujeito das práticas, ou seja, gestores e trabalhadores de saúde, além da própria população representada nos conselhos de saúde. Identificam a busca de um desenvolvimento tecnológico que estabeleça a mediação entre os conceitos, métodos e instrumentos com a ação desses

¹⁶ Os autores que influenciaram esta construção foram Carlos Matus e Mário Testa.

sujeitos concretos no âmbito das organizações de saúde, tendo em vista a intervenção sobre problemas, necessidades e demandas, ainda que os desafios da prática se impusessem diante do contexto político-institucional dessas organizações e no próprio sistema de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, o presente artigo se insere como parte do esforço que temos empreendido para compreender as bases teórico-conceituais e metodológicas do planejamento em saúde¹⁷, tendo como objetivo *identificar e discutir a produção científica brasileira na área de Planejamento em Saúde, especificamente no campo da Saúde Coletiva, considerando suas contribuições teóricas e metodológicas ao processo de planejamento, no período de implementação do Sistema Único de Saúde.*

Utilizou-se da revisão dos trabalhos publicados sob a forma de artigo¹⁸ nos principais periódicos da área, no período 1990-2010, identificados pelo descritor/assunto “planejamento em saúde”¹⁹ e que estão indexados e disponíveis nas bases de dados SciELO²⁰ e LILACS²¹, acessadas a partir do portal BVS por meio da plataforma ePORTUGUÊSe²², escolhida pelo fato de se tratar de biblioteca eletrônica que tem como conteúdo uma coleção selecionada de periódicos científicos com artigos publicados na íntegra²³.

¹⁷ Este estudo se soma aos esforços realizados por ocasião do mestrado acadêmico de um dos autores (2004-2006), tendo continuidade durante o seu doutoramento (2008-2011).

¹⁸ Os levantamentos iniciais identificaram 228 artigos. Após a leitura flutuante dos resumos e descritores, procedeu-se um refinamento da seleção, permanecendo como parte dos artigos deste estudo apenas aqueles que atenderam a todos os critérios estabelecidos para este estudo.

¹⁹ Adotamos descritor/assunto “planejamento em saúde” após pesquisa *site* DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) – componente integrador da BVS, criado pelo Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas diversas bases de dados.

²⁰ Scientific Electronic Library Organization – <http://www.scielo.br/>

²¹ Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – <http://lilacs.bvsalud.org/>

²² Endereço eletrônico: <http://www.bvs.eportuguese.org/php/index.php?lang=pt>

²³ Os critérios de inclusão dos artigos neste estudo foram: a) ser artigo original ou de revisão publicado em revista brasileira; b) estar disponível na íntegra nas bases SciELO e LILACS acessadas a partir do portal BVS por meio da plataforma ePORTUGUÊSe; c) estar disponível na língua portuguesa; d) responder ao descritor/assunto “planejamento em saúde” como palavra-chave de identificação do DeCS;

Foram selecionados e categorizados 55 (cinquenta e cinco) artigos científicos os quais foram submetidos à leitura sistemática, buscando-se observar seus “objetos e/ou temas abordados”. Os artigos foram distribuídos em grupos definidos segundo categorias de análise que conformaram a discussão das “dimensões do planejamento em saúde” (**Anexo I**), construídas a partir do aprofundamento teórico acerca das vertentes do debate em torno do planejamento em saúde (Teixeira *et al*, 2010), apresentada a seguir. Cabe destacar que cada um dos artigos analisados pode ser incluído em vários grupos, na medida em que a análise temática²⁴ (Minayo, 2010) do seu conteúdo revelou a pertinência da contribuição do autor (es) à várias dimensões do processo de planejamento.

Marco teórico-conceitual

O planejamento em saúde no cenário brasileiro foi sendo concebido a partir do encontro de perspectivas teóricas e práticas no âmbito da área de PPG&A (Paim, 2006; Teixeira, 2001). Trata-se de uma questão inerente à organização da ação humana que pode se constituir como *técnica* para intervir e avaliar sistemas e serviços de saúde, *prática social* para transformar sujeitos e coletivos, *método* de ação governamental para tomar de decisões e *meio* de ação comunicativa em ambientes complexos (Merhy, 1995; Onocko Campos, 2000; Vilasbôas, 2006; Jesus *et al*, 2011). O manejo articulado dessas concepções é que parece conformar o “verdadeiro” processo de planejamento [*grifo nosso*].

e) tratar do planejamento no âmbito do sistema de serviços de saúde brasileiro, público ou complementar ao SUS.

²⁴ A “análise temática” proposta por Minayo (2010) desdobra-se em três etapas: a) *pré-análise*, onde se realiza leitura flutuante e se determina a classificação do material segundo categorias previamente estabelecidas; b) *exploração do material*, caracterizada pela identificação das “estruturas de relevância” expressas no material; c) *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, onde são analisados os “núcleos de significação temática”, constituídos a partir do confronto entre os achados empíricos e o quadro teórico do estudo.

O referencial teórico que vem sustentando o planejamento no campo da Saúde Coletiva tem sido desenvolvido a partir do Enfoque Estratégico e suas vertentes (Rivera, 1989). Desse modo, inclui a discussão acerca do poder (Testa, 1997) e da lógica da programação em saúde (Testa, 1995), bem como o enfoque estratégico-situacional (Matus, 1989, 1996, 2005) e, em menor escala a contribuição da vertente da escola de Medellín (Barrenechea *et al*, 1987).

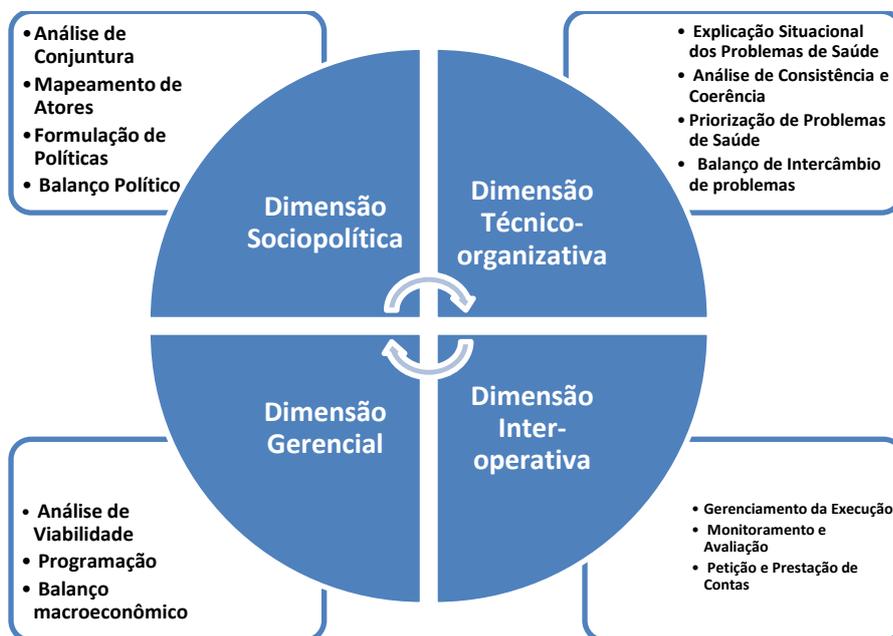
Na produção teórico-metodológica brasileira destaca-se a reflexão em torno do planejamento à luz da Teoria do Agir Comunicativo (Rivera, 1991) e a proposta metodológica do Planejamento e Programação Local de Saúde – PPLS (Teixeira, 2003). Além disso, vem sendo incorporadas também discussões em torno da coprodução de necessidades baseada no método para análise e cogestão de coletivos (Campos, 2000) e a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde nos espaços micro políticos (Merhy, 1995) aliadas à questão das tecnologias leves de planejamento e programação em saúde (Cecílio, 1997).

Analisando o conjunto heterogêneo de contribuições dos diversos autores, parece-nos que o arcabouço teórico do planejamento em saúde no Brasil, vem sendo construído na confluência de saberes e práticas estruturadas dos sujeitos em estreita relação com sua militância política²⁵. Para além dessas concepções e tendências, pensamos que é possível identificar, nesse conjunto, quatro dimensões interdependentes e complementares entre si²⁶ (figura 1A).

²⁵ Utilizamos aqui do termo “militância política”, apresentado por Testa (1997:213) e Paim & Teixeira (2006).

²⁶ A construção de uma estrutura quadridimensional para analisar as configurações do planejamento em saúde foi fruto das reflexões decorrentes do depuramento da análise temática do levantamento bibliográfico e a partir do amadurecimento teórico do autor. Utilizaram-se como substratos desta construção categorias discutidas por autores como Paim (1994, 2003), Merhy (1995) e Teixeira (2002). Chamamos atenção para o fato de que esta proposta não tem a intenção de responder a todas as necessidades epistemológicas do tema. Trata-se de uma representação construída a partir de uma vivência prática, teorizada, na medida do possível. O caráter de interdependência entre as dimensões demonstra a flexibilidade possível. Não há intenção de estereotipar o processo de planejamento nem as “ferramentas”

Figura 1A: Modelo explicativo das dimensões de análise do planejamento em saúde



O “poder” e suas formas organizativas constitui o centro de toda essa discussão e permeia as relações de forças constitutivas dos processos políticos engendrados no jogo social. (Testa, 1997, 2002) Partindo da tipologia elaborada por Testa (1995) podemos considerar que a estruturação dos saberes e práticas de planejamento têm contemplado a produção de métodos, técnicas e instrumentos que permitem o manejo de distintas dimensões do poder, seja a dimensão política, a técnica e a administrativa (Testa, 1997) seja a dimensão relacional, que aqui definimos como “inter-operativa”. Nessa perspectiva podemos analisar cada um dos artigos identificados e situá-los com relação à maior ou menor aproximação com cada uma das dimensões apontadas.

A primeira dimensão é *sociopolítica* e diz respeito ao conjunto de conceitos, métodos, técnicas e instrumentos que permitem aos sujeitos do planejamento a produção de conhecimentos acerca do “contexto político” no qual o planejamento está

nele disponíveis. O que se quer é apresentar um modelo que aproxime a realidade vivenciada a uma teoria que permita sua melhor compreensão no contexto em que se propõe.

sendo realizado. Fundamenta-se na perspectiva da construção do “poder político” e no diagnóstico “ideológico” (Testa, 1997), a partir do qual os sujeitos, atores políticos, podem mobilizar recursos do conhecimento e perícia para produzir crescimento, legitimação ou manutenção de seus projetos políticos. Neste sentido, incluem **análises de conjuntura**²⁷, **mapeamento dos atores sociais**, **formulação de políticas** e o **balanço político de governo**, enfim, um conjunto de “ferramentas”²⁸ que podem subsidiar a construção de projetos de governo (Matus, 1996, 2005)

A segunda dimensão, *técnico-organizativa*, diz respeito aos instrumentos, métodos e técnicas relativos ao processo de condução da reorganização das ações e serviços de saúde e à relação entre unidades de prestação de serviços, levando em conta a complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado (Teixeira, 2002). Fundamenta-se no “poder técnico” e no “diagnóstico estratégico” (Testa, 1997), utilizando-se dos recursos da epidemiologia para analisar os determinantes do estado de saúde da população e estabelecer critérios de gravidade, urgência e emergência em diferentes situações. Nesta perspectiva se incluem os métodos, técnicas e instrumentos de **explicação situacional de problemas de saúde** (Teixeira *et al*, 2010), as análises de **consistência e coerência das proposições políticas** (OPAS, 1975), bem como os

²⁷ O método de análise de conjuntura é composto pelas seguintes etapas (Alves, 2008): 1) Seleção do material empírico, buscando realçar os principais fatos econômicos, sociais, políticos e culturais ocorridos no período; 2) Análise deste material buscando identificar os elementos comuns que representam novas tendências (o elemento novo que supera o velho) e as invariantes da conjuntura; 3) Exame do material contrapondo uma análise das partes para o todo e do todo para as partes; 4) Explicação da correlação de forças entre os diversos atores sociais e como as alterações nesta correlação explicam a dinâmica do movimento social; 5) Análise sincrônica dos elementos da contemporaneidade; 6) Explicação das mediações que traduzem as características abstratas dos vetores de transformação capazes de agregar os fatos dispersos da realidade concreta; 7) Comprovação empírica (através de dados estatísticos) das tendências enunciadas nos itens anteriores; 8) Análise diacrônica da evolução longitudinal dos dados e fatos; 9) Apontar tendências futuras que poderão ser checadas e verificadas em análises posteriores; 10) Apontar alternativas de ação e de intervenção social diante do quadro de correlação de forças nacional e internacional.

²⁸ “Caixa de ferramentas”, segundo Merhy (2002), é o conjunto de *saberes* e *fazer*es que um sujeito (individual ou coletivo) tem à sua disposição e que são capazes de orientar o manejo cotidiano dos seus processos de trabalho.

processos de **priorização de problemas** e o **balanço de intercâmbio de problemas**. (Teixeira *et al*, 2010; Matus, 1996, 2005)

A terceira dimensão, *gerencial*, contém o conjunto de métodos e técnicas que podem ser utilizados na tomada de decisões no momento da implementação de políticas (análises de viabilidade), bem como métodos de programação/organização da prestação de serviços e os processos de trabalho nos diversos níveis do sistema. Está fundamentada na perspectiva do “poder administrativo” e inclui o “diagnóstico administrativo” (Testa, 1997), utilizando-se da “lógica da programação” para ampliar a “produtividade” do sistema de serviços de saúde, bem como lhes conferir eficiência, eficácia e efetividade. Nesta perspectiva inclui a **análise de viabilidade**, a **programação** orçamentária e financeira (Teixeira *et al*, 2010) e o **balanço macroeconômico** de governo (Matus, 1996, 2005).

Por fim, a quarta e última dimensão, *inter-operativa*, está ligada às ferramentas necessárias ao manejo cotidiano das práticas e das contingências decorrentes do enfrentamento dos problemas concretos, bem como à relação entre os sujeitos das práticas entre si, com os seus objetos de trabalho e com a sociedade, mediados pelo saber e pela tecnologia. Fundamenta-se na perspectiva do entrecruzamento dos poderes [político, técnico e administrativo] e dos diagnósticos [administrativo, estratégico e ideológico], apropriando-se dos elementos necessários à mediação das “relações inter-trans-subjetivas” inerentes aos processos de trabalho (Testa, 1997). Nesta perspectiva podem ser identificados o processo de **gerenciamento da execução** (Teixeira, 2002), bem como o **monitoramento e avaliação** inerente aos processos de planejamento e a **petição e prestação de contas** necessárias para garantir visibilidade e transparência aos resultados do trabalho dos diferentes atores sociais no enfrentamento aos problemas. (Matus, 1996, 2005)

Resultados e discussão

Produção acadêmico-científica em PPG&A: as contribuições de algumas escolas para o debate

Seguindo a tendência de estudos anteriores (Merhy, 1995; Rivera & Artmann, 1999; Onocko Campos, 2000; Rivera & Artmann, 2010), que adotam a perspectiva das correntes de pensamento para caracterizar a área de PPG&A, identificamos como resultado deste trabalho, que a produção da academia brasileira visando a organização de instrumentos, métodos e técnicas de planejamento para subsidiar a ação governamental nos diversos níveis do sistema de serviços de saúde vem se dando a partir de publicações de várias escolas do país²⁹.

As principais contribuições, entretanto, vêm sendo dadas principalmente pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), cujos trabalhos vêm influenciando a construção teórico-metodológica da área a partir do final da década de 1980 até os dias atuais. Em virtude disso, apresentaremos uma breve análise das contribuições de alguns autores dessas escolas para o debate sobre o planejamento e sua utilização no sistema de serviços de saúde.

Como contribuição da ENSP ao debate, destacamos alguns dos trabalhos de Rivera (1992a,b; 1995; 1996, 1999; 2003a), que a partir da crítica e reflexões sobre o enfoque estratégico situacional, problematiza sua aplicabilidade, trazendo como

²⁹ O levantamento bibliográfico que realizamos neste estudo demonstrou que a produção acadêmico-científica da área de PPG&A que trata do planejamento em saúde vem sendo ofertada por diversas escolas na interação com o sistema de serviços de saúde, situadas principalmente no centro-sul e nordeste do país. A opção por destacar as contribuições da ENSP, USP, UFBA e UNICAMP se deu em virtude do maior volume da produção dessas escolas no conjunto dos trabalhos identificados e se ancorou no fato de que os estudos anteriores confirmam a importância das mesmas na construção teórico-metodológica da área a partir das correntes de pensamento do planejamento em saúde.

contribuição a proposta do planejamento comunicativo, como uma intensificação do momento explicativo do PES, agregando-se elementos como a escuta, a cultura, a liderança, a negociação, o diálogo e subjetividade (Artmann, 1993; Sá, 1993, 1995, 2001).

Além do mais, são oferecidas diversas abordagens tais quais: a incorporação de um enfoque de planejamento e gestão estratégica de hospitais (Artmann, 2002; Rivera, 1997, 2003b), gestão situacional das organizações de saúde (Rivera, 1996, 2003; Artmann, Azevedo & Sá, 1997), planejamento, intersetorialidade e interdisciplinaridade (Artmann, 2001; Rivera & Artmann, 2009), a questão da intervenção em ambientes complexos (Chorny, 1993; 1996) e a questão da racionalização da ação estratégico-instrumental aliada à práxis e seus desafios para a construção de políticas de saúde (Gallo, 1992; 1995).

Na USP, destaca-se a contribuição do Departamento de Medicina Preventiva e Social (Schraiber, 1990; Schraiber *et al*, 1996), que apresentaram as “ações programáticas” como possibilidades de organização tecnológica do trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1994), triangulando conceitos da epidemiologia clássica, da administração e da saúde pública. Reconhecem que o planejamento pode ser utilizado para organizar o processo de trabalho em saúde, e que para isso precisa ser dotado de caráter crítico e de flexibilidade técnica e política. Discutem também que as ações de gestão do trabalho devem ser construídas de forma coletiva, porém racional, trabalhando as questões relacionadas à escassez de recursos, à dimensão econômica e à ideologia política (Schraiber *et al*, 1999).

Outros pesquisadores desta escola vêm utilizando o planejamento para qualificar os processos de organização do trabalho na área de enfermagem (Matsuda, Évora &

Boan, 2000; Laluna *et al*, 2003) e para subsidiar as decisões governamentais em torno da incorporação tecnológica no sistema de serviços de saúde (Trindade, 2008).

A UFBA vem contribuindo para o debate principalmente com estudos que reconstróem a trajetória da planificação em saúde na América Latina e no Brasil (Paim, 2002a,b,c; Teixeira, 2001a) e discutindo sua construção política, histórica, conceitual e metodológica (Paim, 2002a,c, 2006a,b; Teixeira, 1997, 2001a, 2010; Paim & Mota, 2011), bem como os desafios da prática do planejamento no sistema de serviços de saúde (Paim, 1993, 2003; Teixeira, 1993, 1997, 2000, 2001a,b, 2002; Teixeira *et al*, 2010). Defendem a incorporação do planejamento como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de saúde, privilegiando o desenvolvimento da análise de situação da saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização dos processos de trabalho nos diversos âmbitos do sistema (Paim, 1993, 2003; Teixeira, 1993, 1997, 1999, 2001a, 2002, 2004).

Uma das contribuições mais expressivas desta escola nessa perspectiva é a proposta do Planejamento e Programação para os Sistemas Locais de Saúde – PPLS (Teixeira, 1997), desenvolvida a partir da experiência dos distritos sanitários, compreendidos como territórios de reorientação gerencial e operativa do sistema de saúde (Teixeira, Paim & Vilasbôas, 2001). Outras contribuições referem-se às possibilidades de aplicação do planejamento na gestão do sistema nos âmbitos estadual e municipal (Kalil & Paim 1986; Vilasbôas & Paim, 2008; Jesus & Teixeira, 2010; Rocha *et al*, 2010) e na construção de políticas intersetoriais, considerando temáticas como a promoção da saúde e dos determinantes sociais (Teixeira & Paim, 2000, 2002; Teixeira, 2002, 2004).

Por fim, a UNICAMP teve sua produção acadêmica na área concentrada na década de 1990 e na primeira metade dos anos 2000. Vem contribuindo com o debate a

partir do aprofundamento de discussões relativas à compreensão dos “modos de ser” do planejamento no campo da Saúde Coletiva (Merhy, 1995; Onocko Campos, 2001), aos processos de trabalho no sistema de serviços de saúde (Merhy, 1997; Campos, 2000) e também com reflexões acerca dos processos de gestão institucional (Campos, 1992, 1994, 2000; Campos, Merhy & Nunes, 1994; Merhy, 1999; Campos, 2000) e dos modelos tecnoassistenciais (Cecílio, 1997a,d). Privilegiam a discussão sobre a importância dos sujeitos nos processos de planejamento e gestão (Campos, 2000; Onocko Campos, 2000) situando o debate em torno da racionalidade instrumental do planejamento (Onocko Campos, 2000) e da construção de tecnologias de planificação para organizar a intervenção no sistema e nos serviços de saúde (Cecílio, 1991, 1997a,b,c,d).

As contribuições mais expressivas desta escola das quais se depreendem elementos para subsidiar o planejamento em saúde são: “o método para análise e cogestão de coletivos” (Campos, 2000), a “micropolítica do trabalho vivo” (Merhy, 1997) e a proposta de uma “tecnologia leve para o planejamento governamental” (Cecílio, 1997).

Algumas contribuições teóricas e metodológicas ao processo de planejamento no contexto do SUS

Com base no levantamento bibliográfico que realizamos e apoiando-se no vasto referencial teórico da área de PPG&A no campo da Saúde Coletiva, passamos agora a apresentar algumas contribuições ao planejamento em saúde identificadas na produção acadêmico-científica estudada, considerando as dimensões explicitadas na *figura 1A* do

marco teórico-conceitual deste trabalho: a) dimensão sociopolítica; b) dimensão técnico-organizativa; c) dimensão gerencial; e d) dimensão relacional ou inter-operativa.

a) Dimensão sociopolítica

Atinentes à dimensão sociopolítica, foram identificadas contribuições ao processo de planejamento em vinte artigos (36%). Dentre as questões abordadas, são discutidas do ponto de vista teórico, as temáticas *poder* (Giovanella, 1990, 1991; Rivera, 1996) e da *ideologia* (Giovanella, 1990), às questões relativas aos *atores sociais* e seu posicionamento no jogo político (Artmann, Azevedo & Sá, 1997; Assis, Pereira & Mishima, 1997; Santos & Merhy, 2006; Gelbck *et al*, 2006; Lotufo & Miranda, 2007; Mattos, 2010), bem como as *relações e determinações sociais* dos problemas de saúde (Giovanella, 1990, 1991; Lana & Gomes, 1996; Teixeira, 1999; Teixeira & Paim, 2000; Teixeira, 2004; Gonzalez, 2009).

Do ponto de vista metodológico, grande parte desses trabalhos são “estudos de caso” desenvolvidos no âmbito estadual e municipal, apresentando subsídios para *análises de contexto político-institucional* (Teixeira *et al*, 1993; Piovesan *et al*, 2005) e *mapeamento de atores sociais* (Teixeira *et al*, 1993; Assis, Pereira & Mishima, 1997; Artmann, Azevedo & Sá, 1997). São detalhadas também experiências de *processos de planejamento em saúde e práticas de gestão governamental* (Lotufo & Miranda, 2007; Vilasbôas & Paim, 2008; Vieira, 2009; Jesus & Teixeira, 2010; Molesini, 2010), que contribuem para o debate acerca dos limites e possibilidades de institucionalização das práticas de planejamento no âmbito do SUS.

Diante dessas questões, é possível depreender que as contribuições aqui identificadas podem subsidiar a construção de **análises de conjuntura** (Alves, 2008) e

conformação de **balanços políticos** (Matus, 1996), necessários à **formulação e implementação de políticas públicas** (Kingdom, 1995), onde se considerem efetivamente as correlações de forças existentes no âmbito do sistema e dos serviços de saúde, bem como a ação social dos diversos **atores** envolvidos nos processos decisórios.

b) Dimensão técnico-organizativa

Quanto à dimensão técnico-organizativa, vinte e oito (51%) artigos apresentaram contribuições, abordando, do ponto de vista teórico, questões relativas à *gestão e organização do sistema e dos serviços de saúde* na perspectiva da ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde (Unglert, 1990; Teixeira *et al*, 1993; Cecílio, 1997; Rocha, 1998; Rezende, Almeida & Nobre, 2000; Lacerda, Calvo & Freitas, 2002; Nicoletto, Cordoni Jr & Costa, 2005; Méio *et al*, 2005; Santos & Merhy, 2006; Horovitz *et al*, 2005, 2006; Trindade, 2008; Jesus & Assis, 2010). Também nesse grupo podem ser incluídos os trabalhos que tratam de discutir as *racionalidades técnicas* embutidas no processo de planejamento em saúde (Rivera, 1996, 1999; Artmann, Azevedo & Sá, 1997; Onocko Campos, 2000; Lotufo & Miranda, 2007; Artmann & Rivera, 2003; Paim, 2003; Vilasbôas & Paim, 2008; Tofoni *et al*, 2009; Machado, Baptista & Lima, Baptista & Lima, 2010), e a *incorporação da inteligência epidemiológica* (Campos, 1993; Scochi, 1994; Teixeira, 1999; Paim, 2003; Gonzalez, 2009; Jesus & Teixeira, 2010) necessárias à formulação e implementação de políticas públicas nesta área.

No tocante às contribuições metodológicas, são apresentados subsídios para construção de *diagnósticos e análises situacionais* (Rivera, 1996; Artmann, *et al*, 1997; Teixeira, 1999; Lotufo & Miranda, 2007; Campos, 1993; Scochi, 1994; Rezende, Almeida & Nobre, 2000; Lacerda, Calvo & Freitas, 2002; Horovitz *et al*, 2003, 2005;

Nicoletto, Cordoni Jr & Costa, 2005; Méio *et al*, 2005; Gonzalez, 2009; Jesus & Teixeira, 2010; Jesus & Assis, 2010), bem como elementos para *análises de consistência e coerência* de propostas políticas e estratégias de ação (Gonzalez, 2009; Machado, Baptista & Lima, 2010) e para *priorização de problemas do sistema de serviços de saúde* (Campos, 1993; Schraiber *et al*, 1999; Lacerda, Calvo & Freitas, 2002; Trindade, 2008; Gonzalez, 2009; Jesus & Teixeira, 2010).

As possíveis contribuições apresentadas nesta dimensão podem se configurar como úteis para o desenvolvimento da **explicação situacional dos problemas de saúde** (Teixeira, 1993, 2001), bem como para **balanços de intercâmbio de problemas** (Matus, 1996), necessários ao aperfeiçoamento dos processos de planificação governamental.

c) *Dimensão gerencial*

No tocante à dimensão gerencial, foram identificadas contribuições em vinte e seis (47%) artigos do levantamento bibliográfico. Do ponto de vista teórico, são tratadas questões relativas à *gerência e organização da produtividade e dos processos de trabalho em saúde* (Azevedo, 1992; Candeias, 1996; Schraiber, 1999; Onocko Campos, 2000; Piovesan *et al*, 2005; Volpato, 2010); às *racionalidades gerenciais* (Rivera, 1996, 1999; Artmann, Azevedo & Sá, 1997; Matsuda, Évora & Boan, 2000; Onocko Campos, 2000; Santos & Merhy, 2006; Lotufo & Miranda, 2007; Artmann & Rivera, 2003; Paim, 2003; Melleiro, Tronchin & Ciampone, 2005; Vilasbôas & Paim, 2008; Tofoni *et al*, 2009; Machado, Baptista & Lima, 2010) e às *análises de viabilidade* (Unglert, 1990; Giovanella, 1990, 1991; Teixeira, 1999; Paim, 2003; Gonzalez, 2009) necessárias ao desenvolvimento dos processos de gestão das políticas públicas.

No tocante à questão metodológica, são dados subsídios para construção da *programação orçamentária e financeira* (Artmann & Rivera, 2003; Lotufo & Miranda, 2007; Tofani, Carpintéro & Bruno, 2009; Gonzalez, 2009; Jesus & Teixeira, 2010) e oferecidos elementos que possibilitam a *integração de instrumentos de gestão* (Farias, Beck & Calomé, 2004; Lotufo & Miranda, 2007; Tofani, Carpintéro & Bruno, 2009; Jesus & Teixeira, 2010; Gonzalez, 2009).

As possíveis contribuições identificadas nessa dimensão podem ser úteis para o desenvolvimento **dos balanços macroeconômicos** (Matus, 1996), necessários ao gerenciamento eficiente da alocação de recursos financeiros, insumos e tecnologias necessários ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

d) Dimensão relacional ou “inter-operativa”

Na dimensão relacional ou inter-operativa foram identificadas vinte e nove (53%) artigos da revisão sistemática, cujas contribuições, do ponto de vista teórico, são apresentadas referem-se à *cultura organizacional prevalente no âmbito do sistema e dos serviços de saúde* (Artmann, 1993; Rivera, 1996, 1999; Cecílio, 1997; Schraiber, 1999; Artmann, Azevedo & Sá, 1997; Artmann, 2001; Artmann & Rivera, 2003), a proposta de articulação da racionalidade estratégica com a *racionalidade comunicativa* (Rivera, 1996, 1999; Artmann, Azevedo & Sá, 1997; Schraiber, 1999; Artmann & Rivera, 2003; Paim, 2003; Vilasbôas & Paim, 2008; Jesus & Teixeira, 2010) e a análise dos *processos de aprendizagem institucional* que podem ser desencadeados a partir do planejamento (Candeias, 1996; Artmann, Azevedo & Sá, 1997; Schraiber, 1999; Teixeira, 1999; Vilasbôas & Paim, 2008; Lotufo & Miranda, 2007; Onocko Campos, 2000; Paim, 2003; Mattos, 2010).

Quanto às contribuições relativas à prática, são apresentados subsídios para a *organização do trabalho em equipe* (Cecílio, 1997; Candeias, 1996; Schraiber, 1999; Rivera, 1996; Artmann, Azevedo & Sá, 1997; Teixeira, 1999; Rivera & Artmann, 1999; Onocko Campos, 2000; Laluna & Ferraz, 2003; Paim, 2003; Farias, Beck & Calomé, 2004; Piovesan *et al*, 2005; Lima, Faveret & Grabois, 2006; Lotufo & Miranda, 2007; Vilasbôas & Paim, 2008; Gonzalez, 2009; Jesus & Teixeira, 2010; Tofani, Carpintéro & Bruno, 2009; Volpato, 2010), bem como elementos para ampliar a *participação* (Candeias, 1996; Assis, Pereira & Mishima, 1997; Schraiber, 1999; Lima, Faveret & Grabois, 2006; Cubas, 2005; Ribeiro, 2005; Bursztin & Ribeiro, 2005; Gonzalez, 2009) e *autonomia dos sujeitos da prática* (Campos, 1993; Schraiber *et al*, 1999; Lacerda, Calvo & Freitas, 2002; Trindade, 2008; Gonzalez, 2009; Jesus & Teixeira, 2010).

As contribuições identificadas nesta dimensão podem se constituir como subsídios aos processos de **monitoramento e avaliação, petição e prestação de contas**, úteis na implementação de processos de **gerenciamento da execução** em sistemas de direção estratégica.

Comentário Final

A produção científica na área de planejamento em saúde, tal como se apresenta no campo da Saúde Coletiva brasileira, contempla um conjunto diversificado de reflexões críticas e elementos técnicos [ferramentas e instrumentos] que podem ser utilizados para o aperfeiçoamento da prática institucional em diversos níveis organizacionais, contribuindo assim para a elaboração de propostas políticas, desenho de estratégias de ação, organização de operações para o enfrentamento de problemas de saúde e principalmente, para a coordenação e gerenciamento das ações dos sujeitos

sociais envolvidos na manutenção, mudança ou transformação (Spinelli & Testa, 2005) da situação de saúde e do sistema de saúde em nosso meio.

Pelo exposto, pode-se perceber que a produção científica nesta área vem se constituindo num processo de interação com a prática, o que se por um lado pode explicar a diversidade de enfoques e perspectivas com que os diversos autores tratam das questões e desafios do planejamento, por outro indica a necessidade de aprofundamento do estudo no sentido de identificar a relação entre as posições políticas dos autores com relação à manutenção, mudança e transformação do sistema de saúde e suas concepções teóricas e metodológicas na área de planejamento.

Referências

Alves JED. *Análise de conjuntura: teoria e método*. IBGE, 2008. (mimeo)

Artmann E. *O Planejamento Estratégico Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. Rio de Janeiro, 1993. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ.

Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13: 723-740.

Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e Aids. *Cien Saúde Coletiva* 2001; 6(1):183-195.

Artmann E. *Demarché stratégique (Gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e da solidariedade em rede*. Campinas (SP). Tese de Doutorado. UNICAMP, 2002.

Artmann E, Rivera FJU. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8: 479-499.

Assis MMA, Pereira MJB, Mishima SM. Planejamento em saúde: uma possibilidade de ação participativa. *Rev. Latino-Am. Enferm* 1997; 5: 55-60.

Azevedo CS. Planejamento e Gerência no Enfoque Estratégico-Situacional de Carlos Matus. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (2): 129-133, abr/jun, 1992.

Barata R, organizadora. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 31 – 75.

Barrenechea *et al.* *Esquema para el abordaje de las implicaciones de las estrategias nacionales de SPT 2000*. OPS, Washington DC, 1987. (mimeo)

Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de planejamento do SUS: organização e funcionamento*. Brasília: MS, 2006.

Bursztyn I, Ribeiro JM. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 404-416.

Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad. Saúde Pública* 1993; 9: 190-200.

Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. *Planejamento sem normas*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

Campos GWS. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

Candeias NMF. Planejamento em promoção em saúde - uma abordagem integrada. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.1, p. 149-66, abr. 1996.

Cecílio LCO. A construção de uma cultura institucional de planejamento: a contribuição do município. *Saúde em Debate* 31.CEBES, março de 1991.

Cecílio LCO (org.). *Inventando a mudança na Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo, Hucitec / Lemos Editorial, 1997b.

Cecílio LCO. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: Merhy EE, Onocko R (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo, Hucitec / Lemos Editorial, 1997c.

Cecílio LCO. Modelos technoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 13 (3): 469-478, jul./set, 1997d.

Chorny AH. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Medico Sociales*, 73: 23-44, 1993.

Chorny AH. *Gerencia estratégica de servicios de salud*. Rosario, Argentina, Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.

Cerqueira SCC. *O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador*. [Dissertação]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2009.

Cubas MR. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Enferm*, 2005 maio-jun; 58(3):278-83.

Farias SM, Beck CLC, Colomé CM. Enfermagem e planejamento em saúde: relatório de gestão como instrumento. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004 jul-ago; 57(4):500-3.

Gallo E; Rivera FJU (org.). *Planejamento crítico*. Novos desafios teóricos em política de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

Gallo E. (org.). *Razão e Planejamento*. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

Gelbcke F, Matos E, Schmidt IS, Mesquita MPL, Padilha MFC. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. *Texto Context Enferm* 2006; 15: 515-20.

Giordani JA. La planificación como proceso social: un esquema de análisis. *Cuadernos Soc. Venez. Planificación*, 3: 149-149, 1979.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996; p. 177-198.

Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública* 1991; 7: 26-44.

Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad. Saúde Pública* 1990; 6:129-153.

Gonzales RIC, Casarin SNA, Caliri MHL, Sasaki CM, Monroe AP, Villa TCS. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2003; 11: 227-231.

González MML. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1587-1597, 2009.

Horovitz DDG, Llerena Jr. JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 1055-1064.

Horovitz DDG *et al.* Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: características do atendimento e propostas para formulação de políticas públicas em genética clínica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(12):2599-2609, dez, 2006.

Jesus WLA, Assis MMA (org.). Desafios do planejamento na construção do SUS. Salvador (BA): Edufba, 2011. 174p.

Jesus WLA, Teixeira CF. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5): 2383-2393, 2010.

Jesus WLA. Resignificação do Planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos. [Dissertação de Mestrado] Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006. 235p.

Kalil MEX, Paim JS. Planejamento de saúde na Bahia: impasses e perspectivas. *Revista Baiana de Saúde Pública* 1986; 13 (1/3): 47-67.

Kingdom JW. *Agenda, Alternatives and Public Policies*. 2.ed. Hallper Collins College Publishers, 1995.

Lacerda JT, Calvo MCM, Freitas SFT. Diferenciais interurbanos no Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18: 1331-1338.

Laluna MCMC, Ferraz CA. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. *Rev. Latino-am. Enferm* 2003; 11:771-777.

Lana FCF, Gomes ELR. Reflexões sobre planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. *Rev. latino-am Enferm* 1996; 4: 97-110.

Levcovitz E, Baptista TWF, Uchôa SAC, Nesploli G, Mariani M. *Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília (DF): OPAS; 2003, 74p.

Lima JC, Faveret AC, Grabois V. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 631-41.

Lima JC, Rivera FJU. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 2179-89.

Lotufo M, Miranda A. Sistemas de gestão e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *RAP* 2007; 41 (6): 1143-63.

Lotufo M. *Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES/MT (2001)*. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA: 2003.

Machado CV *et al.* O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2367-2382, 2010.

Matsuda LM, Évora YDM, Boan FS. O método desdobramento da função qualidade - QFD - no planejamento do serviço de enfermagem. *Rev. Latino-am. Enferm* 2000; 8: 97-105.

Mattos RA. (Re) visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2327-2336, 2010.

Matus C. *Estratégias políticas: Chipanzé, Maquiavel e Gandhi*; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.

Matus C. *O líder sem estado maior*; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 2000.

Matus C. *O método PES: entrevista com Carlos Matus – Franco Huertas*; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.

Matus C. *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

Matus C. *Política, planificação e governo*, 2^a ed. Brasília, IPEA, 1993. p. 297 - 554.

Matus C. *Teoria do Jogo Social*; tradução Luís Felipe Rodrigues Del Riego; revisão técnica Vanya Mundim Sant'Ana. São Paulo: Fundap, 2005.

Méio MDBB, Magluta C, Mello RR, Moreira MEL. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10: 299-307.

Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. *Acta Paul. Enferm* 2005; 18: 165-171.

Mendes-Gonçalves, RB. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lemos Editorial: 1997; p.71-112.

Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1995. p.117-148.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

Molesini JA *et al*. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. *Rev Baiana Saúde Publica*, v.34, n.3, p.623-638, jul./set. 2010.

Moreno-Neto JL. A Institucionalização do Planejamento na SESAB no quadriênio 2007-2010: condições, sujeitos e práticas. [Dissertação de mestrado]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2011.

Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 2207-17.

Nicoletto SCS, Cordoní Jr L, Costa NR. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 29-38.

Nunes ED. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Soc* 1992; 2: 59-84.

Onocko Campos RT. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública* 2000a; 16: 1021-1030.

Onocko Campos RT. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciênc. saúde coletiva* 2001; 6: 197-207.

Onocko Campos RT. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2000b; 16:723-731.

Organización Panamericana de Salud. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. OPS. *Formulación de Políticas de Salud*. Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Santiago, Chile, Julio, 1975.

Organização Panamericana de Saúde. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La Administración Estratégica*. Washington (DC): OPAS/OMS, 1992.

Organização Panamericana de Saúde. *La administración estratégica en Silos – Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales*. Washington (DC): OPAS/OMS, 1994.

Paim JS. A reorganização das práticas em de saúde em Distritos sanitários. In: Mendes EV (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

Paim JE, Almeida-Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da saúde, 2000.

Paim JS. Crise do planejamento autoritário em saúde. *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, 4: 52-61, 1981. In: Paim JS. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: ISC/Cooptec, 2002a. p.27-38.

Paim JS. Gestão do SUDS na Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, 1989; 5 (4) : 365-375. In: Paim JS. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: ISC/Cooptec, 2002b. p.79-90.

Paim JS. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: Paim JS. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Cooptec/ISC, 2002c. p.407-34.

Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8: 557-567.

Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GWS *et al* (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a. p.767-782.

Paim JS, Teixeira CF. Política, Planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública* 2006b; 40: 73-8.

Paim JS, Mota E. Epidemiologia de saúde. In: Almeida-Filho N, Barreto M (org.). *Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MV, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev. bras. Epidemiol* 2005; 8: 83-95.

Rezende FAVS, Almeida RMV, Nobre FF. Diagramas de Voronoi para a definição de áreas de abrangência de hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16: 467-475.

Rivera FJU. *Os determinantes históricos do planejamento em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro, 1992a. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Rivera FJU. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2 ed. São Paulo: Cortez; 1992b.

Rivera FRU. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Rivera FJU. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 12 (3): 357-372, jul/set, 1996.

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4: 355-365.

Rivera FJU. *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Rivera FJU, Artmann E. Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: Czeresnia DF, Freitas CM

(org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.5, ago. 2010. p. 2265-74.

Rocha AARM. *O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: O caso da SES/Sergipe*. [Tese de Doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA: 2008.

Sá MC. *Planejamento estratégico em saúde: problemas conceituais e metodológicos*. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP, 1993.

Sá MC. A complexidade da realidade, os problemas de saúde e o planejamento possível: a necessidade de uma abordagem interativa. In: Pitta A (org.). *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 193-215.

Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2001; 6: 151-164.

Santos FP, Merhy EE. A regulação pública no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface – Comunic. Saúde Educ.* 2006; 10: 165-171.

Schraiber LB (org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.

Schraiber *et al.* *Saúde do adulto: programas e ações em unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Vemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4: 221-42.

Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1994;10: 356-367.

Spinelli H, Testa M. Del diagrama de Venn al nudo Borromeo: Desarrollo de la Planificación en América Latina. *Salud Colectiva* 2005; 1(3):323-335.

Teixeira CF *et al.* O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (1): 79-84, jan/mar, 1993.

Teixeira C, Sá M. Planejamento e gestão em saúde no Brasil: situação atual e perspectivas para a pesquisa, ensino e cooperação técnica na área. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 1996; 1:80-103.

Teixeira CF. Planejamento e programação da vigilância da saúde. Salvador: ISC/UFBA; 1997.

Teixeira CF. Epidemiologia e Planejamento de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 1999; 4: 287-303.

Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, v.34, p.63-80, 2000.

Teixeira CF. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001a.

Teixeira CF. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: ISC/UFBA, 2001b.

Teixeira CF. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (suplemento), Rio de Janeiro, 2002. p. 153-162.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 2003; 27: 257-277.

Teixeira CF. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e Soc* 2004; 13: 37-46.

Teixeira CF, Solla JJSP. *Modelo de atenção: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006. 237p.

Teixeira CT (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador (BA): Edufba, 2010. 162p.

Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy EE, Onocko RT (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.17-70.

Testa M. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. São Paulo: Hucitec, 1995.

Testa M. *Pensar en Salud*. 3.ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p. 85-125.

Testa M. *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

Tofani LFN, Carpintéro MCC, Bruno VR. O Pacto pela Saúde e o Fundo Municipal de Saúde de Várzea Paulista. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1, 2009.

Trindade E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5):951-964, mai, 2008.

Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública* 1990; 24: 445-452.

Vieira, FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Suplemento 1): 1565-1577, 2009.

Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (6): 1239-1250, jun, 2008.

Vilasbôas ALQ. *Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. [Tese de Doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA: 2006.

Volpato LF *et al.* Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(8):1561-1572, ago, 2010.

**Artigo 2: PLANEJAMENTO ESTADUAL NO SUS: O CASO DA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

PLANEJAMENTO ESTADUAL NO SUS: O CASO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA³⁰

Washington Luiz Abreu de Jesus³¹

Carmen Fontes Teixeira³²

Resumo

Este artigo toma como objeto o processo de planejamento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia no período compreendido entre janeiro de 2007 e abril de 2009. Busca-se descrever e analisar esse processo discutindo-se algumas dificuldades e avanços no aperfeiçoamento da prática de planejamento em saúde, por meio de uma análise de documentos desenvolvidos no período pela instituição e de registros sistemáticos dos autores sobre a experiência vivenciada. O processo se desenvolve numa tentativa de aproximar a teoria à prática com a articulação do Enfoque Estratégico-situacional à perspectiva do Agir Comunicativo, tendo como princípio fundamental a Participação Social. A análise demonstra um conjunto de movimentos dialógicos, articulados por meio dos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, que culminam com a formulação do Plano Estadual de Saúde. Revela também a potência do planejamento diante da pluralidade e multiplicidade de abordagens utilizadas para construir coletivamente uma visão de futuro em instituições que adotam “planos” como sendo apostas à qualificação das ações de Governo.

Palavras-chave: Saúde Pública, Planejamento em Saúde, Planejamento Governamental, Planos e Programas de Governo, Sistema Único de Saúde

³⁰ Esse artigo foi originalmente publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, sendo reproduzido na coletânea organizada por Teixeira (2010). Neste trabalho preferimos apresentá-lo conforme as normas de publicação do periódico [Vancouver] para manter a originalidade.

³¹ Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte. CEP: 44.036-900 Feira de Santana-Bahia. E-mail: washingtonluiz.abreudejesus@gmail.com

³² Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos da Universidade Federal da Bahia. Campus Universitário de Ondina. UFBA. CEP: 40170-110. Salvador-Bahia. E-mail: carmen@ufba.br

PLANNING IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM: THE CASE OF THE GOVERNMENT HEALTH DEPARTMENT OF STATE OF BAHIA

Washington Luiz Abreu de Jesus

Carmen Fontes Teixeira

ABSTRACT

This article aboard the planning process of Government Health Department of State of Bahia since 2007 January to 2009 April. It describes and analyses this process, discussing the difficulties and the advances to build the planning practice in this institution. It was used documental analyses and systematic registers of lived experience by the authors to do it. The process appoints for an approach between theory and practice articulating the Strategic-situational focus and the Communicative Action, including the principle of the Social Participation. The analyses explain that the process occurs in a pool of dialogic movements enlaced by the explicative, normative, strategic and tactic-operative moments that finished with the construction of Government Health Plan of State of Bahia. There is a planning powerful revealed in plurality and multiplicity of approaches used to build a collective “vision of future” in organizations the adopted “plans” like instruments to qualify de Governmental actions.

Key words: Public Health, Health Planning, Governmental Planning, Plans and Government Programs, Brazilian Public Health System

Introdução

O debate sobre Planejamento e Gestão de sistemas de saúde, ocorrido no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, vem inspirando o desenvolvimento de estudos que tratam da institucionalização de práticas de planejamento entendido como “ferramenta de governo”, “tecnologia de gestão de sistemas de saúde”, ou “instrumento de mudança na organização do processo de trabalho em saúde”^{1,2,3}.

Na Bahia, o planejamento foi incorporado na Secretaria de Estado da Saúde - SESAB saúde desde a década de 1970⁴, com o desenvolvimento dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) e, de modo mais intensivo a partir do ano de 1987⁵, quando, no contexto de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS foi elaborado o primeiro Plano Estadual de Saúde.

Ao longo da década de 1990⁶ e na primeira metade da década de 2000⁷, os processos de planejamento na instituição permitiram a elaboração e implementação de quatro planos de saúde, além de outros instrumentos de planejamento, o que permitiu ao estado avançar, em 2004, para a Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde.

A partir de janeiro de 2007, com a mudança do Governo estadual, a SESAB deu início a uma nova etapa no processo de construção do SUS, buscando fortalecer a gestão das políticas de saúde no âmbito estadual e municipal. Nesse contexto, tratou-se de promover a articulação entre os vários momentos e instrumentos do planejamento governamental e em saúde em particular, apoiando-se na iniciativa do Sistema de Planejamento do SUS⁸, conduzida em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde.

O planejamento, desse modo, vem se constituindo em um espaço de inovação metodológica e organizacional, contemplando a incorporação e experimentação de técnicas e instrumentos oriundos de diversas correntes de pensamento na área. Essa experiência vem sendo sistematizada pela equipe de condução do processo e por

parceiros institucionais envolvidos por meio de cooperação técnica como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Considerando estudos recentes sobre o “estado da arte” do Planejamento e Gestão em saúde^{9,10} e o levantamento bibliográfico realizado para fundamentar este trabalho, por meio das bases de dados SciELO e LILACS nos últimos cinco anos, pode-se observar a relevância e atualidade de pesquisas que abordem o processo de institucionalização de práticas de planejamento em saúde no âmbito estadual e municipal^{11, 12, 13, 14, 15}.

Nessa perspectiva, o objetivo desse trabalho é descrever e analisar o processo de planejamento desenvolvido na SESAB, buscando discutir algumas das dificuldades encontradas e os avanços no aperfeiçoamento da prática de planejamento identificados, no período de janeiro de 2007 a julho de 2009.

Para isso, realizamos a identificação, seleção e codificação de documentos produzidos na instituição (**Anexo II**), bem como os *resumos executivos* das reuniões, encontros e oficinas realizadas no processo de planejamento, cuja leitura sistemática teve como instrumento de apoio o *caderno de registros* de um dos autores, construído na perspectiva de uma pesquisa em processo¹⁶. Buscou-se descrever e analisar as atividades desenvolvidas, destacando o esforço de articulação da prática de planejamento e dos conteúdos dos planos elaborados, especialmente o Plano Estadual de Saúde (PES 2008-2011)¹⁷ o Plano Plurianual (PPA)¹⁸ e a Agenda Estratégica da SESAB (2007-2010)^{19, 20, 21}.

Marco teórico-conceitual

O processo de planejamento na SESAB, entendida como uma organização “hipercomplexa”^{22,23}, busca aproximar teoria e prática, num movimento que utiliza o Enfoque Estratégico-situacional^{24,25,26,27}, articulado à perspectiva do Agir Comunicativo em Saúde^{28,29} e da Organização que Aprende^{29,30}, considerando a Participação Social³¹ como princípio fundamental na construção das políticas públicas – característica importante de processos democráticos de governo.

De acordo com Matus, o Planejamento Estratégico Situacional²⁵ é constituído por quatro momentos em constante interação, forma complexa e apropriada de entender a dinâmica dos processos de planejamento. Esses momentos encadeiam-se e formam circuitos repetitivos para ajudarem-se mutuamente, podendo ser aplicado concomitantemente para uma grande diversidade de problemas e oportunidades^{26, 27}.

No *momento explicativo* ocorre a seleção e explicação dos problemas. O *momento normativo* constitui-se como uma instância de desenho dos enfrentamentos aos problemas identificados, onde se deve centrar a atenção na eficácia das operações para alcançar a situação-objetivo. No *momento estratégico*, discutem-se as possíveis restrições ao cumprimento do desenho normativo considerando os recursos de poder político e econômico, bem como as capacidades organizacionais e institucionais. E no *momento tático-operacional*, interfere-se sobre a realidade e se avalia as ações realizadas.^{25, 26, 27}

Além da organização dos momentos do planejamento adotou-se a abordagem comunicativa do PES proposta por Rivera & Artmann²⁸, cujos postulados pautam-se no reconhecimento da *negociação*, *liderança* e *cultura institucional* como parte do processo de gestão. Os autores propõem uma ampliação do enfoque dado pelo planejamento estratégico situacional, considerando a perspectiva da “ação

comunicativa” como fundamental para a construção de organizações dialógicas capazes de construir-se a partir da ação dos sujeitos sobre projetos institucionais coletivos.

Nessa perspectiva buscou-se valorizar os diferentes atores sociais em situação, considerando-se necessário adotar também a perspectiva da “organização que aprende”^{28, 29}, a qual reconhece que para construir projetos coletivos é preciso estabelecer *pensamento sistêmico*, promover a *aprendizagem em equipe* e construir uma *visão compartilhada* por meio do *diálogo* entre os sujeitos que dispõem de diferentes modelos mentais no ambiente institucional.

O processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011

O PES 2008-2011 foi construído a partir de um conjunto de processos articulados e interdependentes iniciados desde os primeiros dias da gestão atual, os quais podem ser sistematizados em sete movimentos.

1º Movimento: A proposta do “planejamento integrado”

Um dos desafios colocados para o planejamento no contexto da nova gestão foi articular os diversos instrumentos de planejamento de modo a conferir maior coerência entre eles, buscando a convergência de proposições, métodos e formas de organização dos processos de trabalho. Nessa perspectiva, a Assessoria de Planejamento ao Gabinete do Secretário da Saúde (GASEC), constituída por uma pequena equipe técnica, se encarregou de organizar um processo de planejamento que integra os diversos instrumentos de gestão do SUS-Bahia, articulando-os por meio das conexões conceituais. Mantêm-se como elementos centrais dessa articulação os Problemas,

Demandas e Oportunidades, que, no desdobramento são enfrentados pelas diversas linhas de ação que se constituem na espinha dorsal de todo o processo, como se demonstrará adiante, conforme explicitado na Figura 1B.

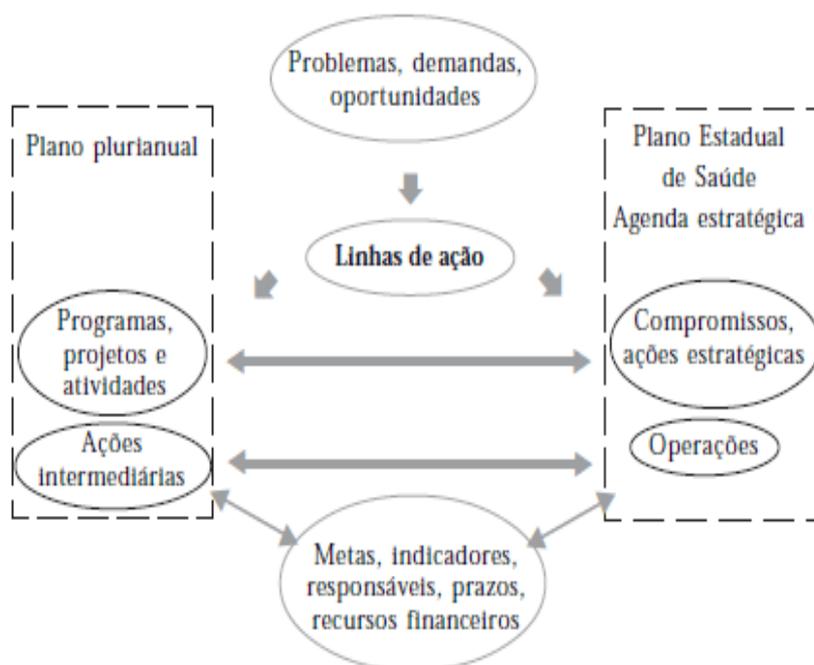


Figura 1. Quadro de conexões conceituais do planejamento na SESAB. Bahia, 2007.

2º Movimento: Definição das “linhas de ação” de governo e construção dos instrumentos estratégicos da gestão

No processo de planejamento institucional, o percurso incluiu a definição das “linhas de ação” para o alcance dos objetivos estabelecidos pelo Colegiado de Gestão, o que ocorreu entre os meses de janeiro e dezembro de 2007: Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS; Gestão do trabalho e da educação permanente em saúde;

Vigilância de riscos e agravos à saúde individual e coletiva; Atenção à saúde com equidade e integralidade; Expansão, intervenção e inovação tecnológica em saúde.

Essas “linhas de ação” foram substratos à composição dos programas de governo constantes do capítulo da Saúde do Plano Plurianual (PPA 2008-2011) e à elaboração da Agenda Estratégica da Saúde para os anos de 2007 e 2008, processos desenvolvidos com intensa participação institucional: 600 servidores do nível central e das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), mais de trinta reuniões/oficinas de trabalho, sete grandes encontros para validação dos produtos parciais do processo de planejamento envolvendo todos os níveis decisórios da instituição. Adotou-se também, como referência normativa para essa construção as diretrizes do Pacto pela Saúde³² e do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)⁸.

Entre abril e julho de 2007 a SESAB participou também de uma série de encontros com representantes da sociedade civil organizada em 26 regiões do Estado, denominadas Territórios de Identidade³³, com a finalidade de levantar as demandas que subsidiariam a elaboração do PPA e *a posteriori* subsidiaram a análise situacional.

Ainda no contexto de implementação das “linhas de ação” da gestão sob a coordenação da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional, da Superintendência de Gestão da Regulação da Atenção à Saúde (DIPRO/SUREGS), elaborou-se um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR)³⁴, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O Estado passou a contar com nove macrorregiões de saúde, territórios onde se promoveu a organização das microrregiões de saúde, espaços de implementação de redes assistenciais em áreas estratégicas.

Enquanto a ASPLAN conduziu em conjunto com o FESBA – Fundo Estadual de Saúde da Bahia o processo de elaboração do PPA 2008-2011, a DIPRO conduziu o processo de revisão do PDR. Esses dois instrumentos, normativo e organizacional,

constituíram-se em dois grandes balizadores da gestão na construção do Plano Estadual de Saúde.

3º Movimento: A análise da situação de saúde (ASIS)

O processo de elaboração do PES 2008-2011 teve a “Análise de Situação de Saúde”³⁵ como componente prioritária à elaboração de planos de saúde nos diversos níveis de gestão do SUS. Em função disso, a Diretoria de Informação em Saúde (DIS) tratou de atualizar e sistematizar informações relativas ao perfil epidemiológico da população baiana, enquanto a Superintendência de Gestão do Sistema e Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS) sistematizou a descrição da organização dos serviços de saúde no Estado. Essas duas análises foram construídas levando-se em conta a subdivisão do território do Estado nas nove macrorregiões de saúde definidas no PDR.

O perfil epidemiológico foi construído com base na análise dos indicadores de morbimortalidade constantes nos sistemas de informação de base nacional. Evidencia-se o envelhecimento da população baiana e a morte prematura de jovens, bem como se revela a transição epidemiológica que vem ocorrendo no Estado, com a coexistência de doenças da modernidade, da pobreza e doenças reemergentes. A desagregação das informações epidemiológicas por macrorregião de saúde foi complementada pela análise da gestão do sistema e organização dos serviços de saúde de forma regionalizada, evidenciando-se a concentração de serviços em número e especialidade, particularmente no município de Salvador, para onde convergem usuários de todos os municípios do Estado.

4º Movimento: A consolidação das demandas e recomendações das conferências de saúde

Ainda em 2007, realizou-se a 7ª Conferência Estadual de Saúde, cujo tema central “Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento” foi previamente discutido nas 393 Conferências Municipais de Saúde, cujos relatórios possibilitaram a formação de um banco de dados com as mais de 5000 propostas da sociedade civil³⁶, que por sua vez foram consideradas na realização dos movimentos seguintes.

Em seguimento ao processo de realização das conferências de saúde, a ASPLAN organizou as demandas e recomendações emanadas desses fóruns segundo as linhas de ação estabelecidas no planejamento da SESAB. Cada demanda/recomendação foi inserida em uma área temática de planejamento (n=31), desenvolvida no contexto de cada linha de ação e macrorregião, considerando o desenho do novo PDR. Esse movimento configurou-se numa importante estratégia de escuta para orientar a elaboração do PES 2008-2011, sendo balizador dos problemas identificados na análise de situação de saúde e subsídio para as prioridades decorrentes das oficinas de construção do plano.

5º Movimento: As oficinas integradas de priorização de problemas de estado de saúde da população e sistema de serviços de saúde

A SESAB avançou, em 2008, para a realização de um conjunto de “oficinas integradas macrorregionais” com o propósito de reunir e articular os diversos elementos trabalhados até aquele momento. Nessa perspectiva, desenvolveram-se também

processos de revisão das políticas setoriais que se constituíram nas referências normativas do processo, consolidadas posteriormente no capítulo do Plano que trata das políticas e diretrizes.

Os objetivos dessas oficinas foram apresentar as análises de saúde desenvolvidas por técnicos do nível central (do estado de saúde da população e da organização de serviços de saúde); cancelar as informações com os demais atores responsáveis pela formulação de políticas de saúde (Conselheiros, Universidades, COSEMS, gestores municipais e técnicos do nível central e DORES); e validar as análises obtidas a partir de bancos de dados das necessidades sentidas em cada macrorregião de saúde no Estado da Bahia.

6º Movimento: A avaliação de desempenho da SESAB e fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP/SUS)

Paralelamente à realização da ASIS e divulgação desta nas Oficinas Integradas, desencadeou-se, ao final de 2007, um processo de Avaliação de Desempenho Institucional que incluiu a análise do grau de cumprimento de metas acordadas na Agenda Estratégia da Saúde em 2007, bem como contemplou a construção de um conjunto de indicadores que foram avaliados em cada setor³⁷.

Com base nessa avaliação e na discussão ampliada sobre os resultados obtidos com a implementação das ações da Agenda em 2007 foi elaborada a Agenda Estratégia da Saúde para 2008, cujo formato representa um avanço metodológico em relação à anterior. Os objetivos estratégicos foram tomados como “compromissos” de cada órgão e traduzidos em “resultados” a serem alcançados em um prazo definido.

Dando seguimento ao processo de avaliação do desempenho institucional, optou-se por adotar a proposta de fortalecimento da SESAB elaborada como parte da Avaliação das “Funções Essenciais de Saúde Pública”, proposta pela Organização Pan-americana de Saúde – OPAS/OMS e adaptada para a Gestão Estadual do SUS pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)³⁸, que se desenvolveu em duas etapas conduzidas pela SESAB em articulação com o Ministério da Saúde (MS), por meio do PlanejaSUS.

Esse processo constituiu-se como em um marco para o processo avaliativo do SUS no Estado, pelo seu caráter coletivo e participativo, aproximando e integrando as instâncias corresponsáveis pela gestão do SUS Estadual: os dirigentes da SESAB, o Conselho Estadual de Saúde (CES), o Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA), o Ministério da Saúde (MS), os dirigentes de Hospitais Universitários, as Universidades Públicas e Privadas e Secretarias de Governo da Bahia.

A realização da oficina de auto avaliação no estado contou com a garantia das condições propostas pela coordenação nacional para a realização da oficina de modo voluntário pelo Secretário de Saúde, por meio de ofício ao CONASS, incluindo a logística do evento e a indicação da coordenação estadual da auto avaliação.

A Bahia foi o décimo primeiro estado a realizar a auto avaliação das FESP/SUS. O processo envolveu três grupos de trabalho, num total de 91 pessoas entre participantes (75) e observadores (16). Entre os participantes, contou-se com participantes externos à Secretaria Estadual, entre eles, dez professores de universidades, seis representantes do conselho estadual de saúde, quatro representantes de municípios além de representantes de outras secretarias de governo como SEPLAN e Casa Civil. Entre os observadores contou-se com a presença de dois representantes do Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa e do Departamento de Apoio à

Descentralização, um técnico da OPAS/OMS além de técnicos da própria SESAB, em especial, do setor de planejamento (8)³⁹.

A Oficina de Fortalecimento das FESP do SUS-Ba, segundo momento do processo de fortalecimento das FESP no Estado, teve como propósito a construção de uma agenda de compromissos a partir do resultado alcançado pela avaliação, visando fortalecer as macro funções da gestão estadual, considerando o referencial das FESP. Nela foram discutidos os pontos fracos identificados na avaliação e elaborado um plano de ação para melhorar o desempenho do sistema público de saúde no Estado, considerando o contexto e as iniciativas de implementação de processos que visam o desenvolvimento institucional do SUS-Bahia⁴⁰.

7º Movimento: A construção dos “compromissos” do plano – módulos operacionais

A elaboração de Módulos Operações-Problemas, coerentemente com o referencial do planejamento estratégico-situacional^{26,27} adotado, tomou como ponto de partida a identificação dos Problemas, Demandas e Oportunidades sob responsabilidade direta dos gestores que ocupam postos estratégicos no sistema/instituição (Figura 2). Organizaram-se, portanto, oficinas por “linha de ação”, conduzidas pelo GT de Planejamento, onde foram definidos objetivos específicos que detalham os compromissos de gestão, bem como foram redesenhadas as ações estratégicas para seu cumprimento. Identificaram-se também os resultados esperados para cada ação, indicados recursos orçamentários e a corresponsabilidade dos diversos setores da instituição por cada uma delas, mantendo-se a busca de articulação entre o PPA e o PES, sendo construídos treze módulos operacionais/compromissos, quais sejam:

1) gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS; 2) regionalização viva e solidária; 3) regulação, controle e avaliação do acesso da população aos serviços de saúde do SUS; 4) política estadual de gestão do trabalho e da educação permanente em saúde, com ênfase na desprecarização das relações de trabalho; 5) vigilância da saúde com integração das práticas nas esferas estadual e municipais do SUS-Bahia; 6) atenção básica com inclusão social e equidade – “Saúde da família de todos nós”; 7) atenção especializada regionalizada, resolutiva e qualificada, com base nas linhas de cuidado e considerando as necessidades de saúde da população; 8) atenção integral à saúde de populações de maior vulnerabilidade social e em situações especiais de agravo, com vistas à redução de iniquidades; 9) assistência farmacêutica para todos os baianos; 10) assistência hematológica e hemoterápica descentralizada e regionalizada; 11) expansão e melhoria da infraestrutura administrativa e dos serviços de saúde do SUS-Bahia; 12) expansão da base científica e tecnológica do SUS-Bahia; 13) políticas transversais para a promoção da saúde, segurança alimentar e proteção da sociedade.

O documento final do Plano Estadual de Saúde da Bahia 2008-2011

O PES 2008-2011, considerado um dos marcos normativos do SUS-Bahia, busca consolidar o conjunto das políticas públicas da área de saúde. Está ancorado, em âmbito estadual, no Projeto Estratégico do Governo⁴¹ para a área de saúde, definida como prioritária; em âmbito federal na Política Nacional de Saúde, explicitada por meio do Plano Nacional de Saúde⁴² e de políticas específicas como o Pacto pela Saúde³² e o PlanejaSUS⁸; busca refletir ainda as prioridades estabelecidas no programa “Mais Saúde” do Governo Federal⁴³; preocupa-se com as prioridades estabelecidas na Agenda de Saúde das Américas⁴⁴; coaduna com a proposta das Funções Essenciais de Saúde

Pública–FESP³⁸ e prioriza intervenções para garantir o alcance das metas estabelecidas nos Objetivos do Milênio na área de saúde⁴⁵.

As diretrizes explicitadas no documento constituem elementos da agenda governamental para a construção do SUS no Estado e traduzem a direcionalidade estratégica que se busca imprimir ao sistema: a) regionalização solidária da atenção à saúde; b) gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; c) intersetorialidade e transversalidade nas ações; d) valorização do trabalhador do SUS; e) comunicação e diálogo com os parceiros e sociedade; f) resolutividade e satisfação do usuário do SUS.

A estrutura do PES 2008-2011 constitui-se em um conjunto de capítulos que contemplam os diversos subprodutos do processo de elaboração, como segue:

- *Política de Saúde na Bahia: princípios e diretrizes* – apresentando o escopo político-ideológico, princípios, diretrizes e marcos conceituais que sustentam as intervenções de Governo e organizam o cotidiano do componente estadual da gestão do SUS em articulação com o Ministério da Saúde e se configuram numa possibilidade de pactuação com os gestores municipais.
- *Consolidado da Análise Situacional por macrorregião de saúde* – contendo um recorte do perfil epidemiológico do Estado da Bahia, uma breve discussão acerca da estrutura e organização dos serviços de saúde e uma síntese dos problemas prioritários de estado de saúde da população e do sistema de saúde, ancorados na priorização de problemas realizada nas Oficinas Integradas Macrorregionais e na análise das demandas e recomendações do PPA-Participativo e das Conferências municipais e da Conferência estadual de saúde.
- *Matriz Estratégica do Plano Estadual de Saúde* – apresentando uma síntese esquemática da organização das Linhas de Ação, compromissos, objetivos específicos, explicitando, ainda, a visão de futuro e o macro objetivo

do plano e sua necessária articulação com os princípios e diretrizes explicitadas na política estadual de saúde.

- *Linhas de Ação* – apresentando as sete “linhas de ação” norteadoras da gestão do SUS-Bahia, construídas desde a elaboração do PPA 2008-2011, a partir da análise e consolidação das demandas e necessidades explicitadas no movimento do PPA-Participativo. Revisa o conteúdo dessas “linhas de ação”, ampliando-as com a inclusão dos resultados da análise da situação de saúde, que aponta as prioridades de intervenção sobre o estado de saúde da população e sobre a organização do sistema em todo o Estado.
- *Viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Estadual de Saúde: conexão com o PPA 2008/2011* – demonstrando em que medida os programas do PPA 2008-2011 se articulam com os compromissos explicitados no plano, isto é, onde estão alocados os recursos orçamentários previstos para a execução das ações estratégicas propostas para o alcance das metas e resultados esperados no período.

Análise do processo de construção do PES 2008-2011

A análise do processo de construção do PES 2008-2011 pode ser realizada de uma dupla perspectiva: a) considerando a opção teórico-conceitual pelo enfoque estratégico-situacional, explicitada anteriormente, cabe analisar a coerência interna dos distintos movimentos e dos produtos parciais elaborados a cada passo, com os momentos do Planejamento estratégico-situacional (PES); b) considerando a posição ocupada por um dos autores no processo, enquanto dirigente responsável pela

organização e condução do planejamento, cabe discutir os avanços e desafios a serem enfrentados com vistas à consolidação das práticas de planejamento na instituição.

Nesse sentido, este item traz, inicialmente, a análise do processo de elaboração do PES e do produto resultante, para, em seguida, apresentar uma apreciação dos aspectos positivos e negativos da experiência ainda em processo.

Articulação dos tempos e movimentos

Buscando articular o conjunto desses processos com vistas à análise e compreensão abrangente da sua complexidade foi construída uma “linha do tempo” (Figura 2) – diagrama que busca sintetizar os processos e produtos desenvolvidos ao longo do período de construção do PES 2008-2011. Esse diagrama toma como base teórica os *momentos* do Planejamento Estratégico Situacional, que necessariamente não tem começo nem fim definidos, quais sejam: o *momento explicativo*; o *momento normativo*, o *momento estratégico*, e o *momento tático-operacional*²⁴.

O *momento explicativo* se estende desde o processo de elaboração do diagnóstico da transição, em novembro de 2006, até a finalização da análise de situação de saúde que subsidiou a construção do PES 2008-2011, em novembro de 2008. Pode-se afirmar, com base no referencial adotado^{28, 29}, que esse momento se caracterizou pela construção de uma visão compartilhada na instituição sobre a realidade dos problemas de saúde da população e do sistema estadual de saúde, bem como pela intensa reflexão acerca da cultura organizacional vigente na SESAB e as possibilidades de mudança.

Como produtos parciais podem-se identificar a definição dos macroproblemas da gestão do SUS no Estado, a sistematização das demandas oriundas das Conferências Municipais de Saúde e a definição do escopo dos problemas de saúde explicitados por

meio da análise situacional elaborada ao longo do período. Por fim, pode ser incluído também o movimento da auto avaliação das FESP, cujo relatório final subsidiou o processo de priorização, por parte do Colegiado de Gestão da SESAB, dos principais problemas a serem enfrentados no âmbito da gestão do sistema estadual de saúde.

O *momento normativo* revela-se na construção do “programa direcional”²⁴ e, a partir daí, todos os documentos dele decorrentes. Este momento pode ser visto como aquele que contribui para a consolidação do pensamento sistêmico na instituição. Pode-se dizer que a concretização do referido programa direcional se deu através da definição da “Matriz Estratégica do SUS-Bahia”, que explicita, por meio das linhas de ação, a direcionalidade do Projeto de Governo na área de saúde. Essa matriz direcionou a elaboração do Plano Plurianual de Governo, o PPA 2008-2011, as Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais, bem como as Agendas Estratégicas para os anos de 2007, 2008, 2009 e 2010. O documento que consolida o momento normativo é o próprio Plano Estadual de Saúde, cuja construção, no caso, se deu de modo estritamente modular como propõe Matus.

O *momento estratégico* se explicita no processo através das decisões tomadas pela Gestão Colegiada e que acabam por conformar os caminhos da implementação das proposições do Plano de Saúde. Um momento onde se pode verificar a essência da aprendizagem em equipe e do diálogo por meio do exercício da liderança e negociação coletiva. Nesse momento pode-se destacar a atuação do Colegiado de Gestão da SESAB e o Colegiado Ampliado da instituição, que definiram o escopo das ações prioritárias de governo e os compromissos da gestão para o período, identificando os pontos críticos de intervenção, as contingências, e quando necessário redesenhando a agenda político-gerecncial. Também é parte desse processo a atuação dos gestores junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e ao Conselho Estadual de Saúde (CES), estabelecendo os

pactos necessários para o desenvolvimento das políticas contidas no plano, bem como a articulação da SESAB com a sociedade civil para definição de prioridades no PPA-participativo e nas Conferências de Saúde e com a comunidade acadêmica na definição das prioridades de pesquisa para o SUS na Bahia segundo as linhas de ação definidas na Matriz Estratégica.

O *momento tático-operacional* como o próprio termo sugere, traz consigo o fazer cotidiano da instituição, cuja materialização se dá desde o momento da execução do Plano de 100 dias, que marca o início na gestão a partir de janeiro de 2007, até a definição do Plano de Fortalecimento da Gestão da SESAB [produto das FESP] incorporada à Agenda Estratégica da Saúde (2009-2010). Requer da instituição o exercício de revisitar sua cultura e, por meio da aprendizagem coletiva e do diálogo, estabelecer os pactos necessários para avançar nos propósitos. O ator fundamental desse momento foi o GT de Planejamento e Avaliação e o trabalho implicou no redesenhar contínuo das intervenções ao longo do período. Como parte dos movimentos desenvolvidos no âmbito do momento tático-operacional está toda a sistemática desenvolvida para “prestar contas” da execução do projeto de governo, bem como os movimentos que se desenvolveram para a conformação do próprio documento do Plano, como, por exemplo, o trabalho conjunto entre a SESAB e o ISC-UFBA para construir as Oficinas Integradas para seleção e priorização dos problemas de saúde que subsidiaram a consolidação do PES 2008-2011.



Figura 2. Linha do tempo do processo de elaboração do PES/Bahia 2008-2011.

Facilidades e Dificuldades, Avanços e Desafios

Todos os movimentos até então explicitados implicam, portanto, em construir a mudança e consolidar o compromisso dos sujeitos participantes que planejam, articulam e integram a sociedade em busca da transformação do sistema estadual de saúde, e se propõem a orientar as ações da gestão nas formulações e execuções das políticas e práticas de saúde.

Destacam-se como *facilidades*: a vontade política do gestor estadual (Governador e Secretário da Saúde) e dos diversos atores políticos em construir uma proposta participativa de planejamento para o sistema de saúde; a definição de um eixo condutor pautado no enfoque estratégico-situacional para o desencadeamento dos movimentos adotados no processo de construção do Plano Estadual de Saúde e o

impulso dado pela institucionalização do PlanejaSUS a esse processo, na medida em que viabilizou a capacitação de pessoal e o estabelecimento de parcerias interinstitucionais que contemplam a execução de consultorias e o desenvolvimento de estudos e pesquisas com a finalidade de subsidiar o aperfeiçoamento da prática de planejamento em saúde no Estado.

No tocante às *dificuldades* podem-se identificar: a complexidade de processos participativos na prática; o tempo político de uma gestão, restrito há quatro anos, o que reduz a capacidade de implementação das propostas construídas, cujos resultados almejados vão para além do período de vigência do Plano; a limitação dos recursos para intervir sobre a totalidade dos problemas; as dificuldades de entendimento quanto às diferentes concepções sobre planejamento e sua apreensão pelos diversos atores institucionais e a convivência entre o “velho” e o “novo” no cenário político-institucional – velhas concepções e novas roupagens.

Como *avanços* destacam-se: o reconhecimento da importância da participação dos diversos atores sociais na formulação das políticas públicas em saúde; a adoção do enfoque sobre problemas; o reconhecimento de que o planejamento só se completa na “ação”, configurando-se como movimento processual de construção, capaz de impulsionar e redirecionar a elaboração do plano a todo o momento; a articulação entre elementos de planejamento e avaliação; e o reconhecimento pela própria instituição da importância do processo para sua reorganização interna, tendo em vista que a direcionalidade dada pelas “linhas de ação” produziu rearranjos institucionais formais e informais, além da identificação dos limites da própria instituição para agir, produzindo assim, uma ambiência de aprendizagem organizacional que aproxima a SESAB da perspectiva da “*learning organization*” defendida por Senge²⁹.

Por fim, quanto aos *desafios* cabe destacar que o processo de aprendizagem institucional demanda da instituição e daqueles que a compõem novas posturas. Apreende-se, dessa experiência, que a implementação de processos participativos de construção de políticas requer dos sujeitos envolvidos uma maior conscientização quanto à necessidade de escuta, perseverança, respeito ao pensamento e a construção coletiva, o que, em última análise nos permite afirmar que esses processos respondem aos ideários estabelecidos no próprio SUS, onde o usuário-cidadão deve ser o centro das políticas públicas.

Comentários finais

O processo de planejamento para a elaboração do PES (2008-2011) na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia se deu por meio da combinação de diversos tempos e movimentos. O referencial teórico adotado, na perspectiva do enfoque situacional, permitiu maior flexibilidade metodológica, proporcionando aos condutores do processo, articular diferentes métodos e construir, de forma sistemática, o Plano com intrínseca relação ao Plano Plurianual (PPA) e possibilitou coordenar na sequência a elaboração de uma Agenda Estratégica para os anos de 2009 e 2010.

Desde a proposta do planejamento integrado até a construção dos módulos operacionais ocorreu, de certo modo, um amadurecimento na equipe dirigente, na medida em que exercitou a construção de consensos e pactos em torno de compromissos, resultados esperados, ações estratégicas e metas correspondentes em cada setor da instituição. É possível supor que isso tenha implicado em uma maior responsabilização político-gerencial dos sujeitos envolvidos, e desencadeando também movimentos de aprendizagem institucional.

A descrição e análise desse processo revelam a potência do planejamento, numa perspectiva situacional, e demonstra que, mesmo diante da pluralidade e multiplicidade de abordagens existentes na área é possível conduzir as instituições a movimentos de construção coletiva de uma “visão de futuro” que contribua para a coesão interna entre a equipe dirigente, quadros técnicos e trabalhadores que atuam no cotidiano dos serviços. Nessa perspectiva, a articulação do momento de explicação da situação de saúde, com a elaboração dos contornos da situação-objetivo pretendida no horizonte temporal do plano, bem como com a definição de estratégias a serem desenvolvidas para a consecução das mudanças necessárias na organização e gestão do sistema público de saúde, identifica o “plano” como uma aposta na qualificação das ações de um Governo²⁴, comprometido com a garantia dos direitos de cidadania e com a consolidação do SUS.

Colaboradores

WLA Jesus foi responsável pela concepção, delineamento, análise, interpretação e redação do artigo. CF Teixeira também foi responsável pelo delineamento, análise e interpretação, além de ter feito revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Este artigo é fruto da sistematização de um processo de trabalho coletivo que envolveu um conjunto de sujeitos que participaram direta e indiretamente do processo de planejamento da SESAB no período 2007-2009, especialmente o Colegiado de Gestão da SESAB, a equipe da Assessoria de Planejamento/Coordenação de Projetos Especiais e o Grupo Técnico de Planejamento e Avaliação em Saúde desta instituição. Também há que se considerar a participação dos residentes da UFBA e da UNEB, das diversas áreas, que ao longo do período participaram das iniciativas que deram origem a esse artigo.

Referências

1. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4: 355-365.
2. Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1995. p.117-148.
3. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Vemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4: 221-42.
4. Kalil MEX, Paim JS. Planejamento de saúde na Bahia: impasses e perspectivas. *Revista Baiana de Saúde Pública* 1986; 13 (1/3): 47-67.
5. Paim JS. Gestão do SUDS na Bahia. *Cadernos de Saúde Pública* 1989; 5 (4) : 365-375.
6. Paim JS. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: Paim JS. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Cooptec/ISC, 2002.
7. Bahia. Secretaria da Saúde. *Relatório da situação encontrada: planejamento na SESAB (portfólio de documentos institucionais)*. Salvador: SESAB, 2007. (mimeo)
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de planejamento do SUS: organização e funcionamento*. Brasília: MS, 2006.
9. Levcovitz E, Baptista TWF, Uchôa SAC, Nespoli G, Mariani M. *Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília (DF): OPAS; 2003, 74p.

10. Paim JS, Teixeira CF. Política, Planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40: 73-8.
11. Coelho TCB. *O processo de gestão em uma organização hipercomplexa do Sistema Único de Saúde* [Tese]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2002.
12. Lotufo M, Miranda A. Sistemas de gestão e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *RAP* 2007; 41 (6): 1143-63.
13. Vilasbôas ALQ. *Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. [Tese]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2006.
14. Rocha AARM. *O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: O caso da SES/Sergipe*. [Tese]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2008.
15. Cerqueira SCC. *O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador*. [Dissertação]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2009.
16. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3.ed. Porto alegre: Bookmann; 2005.
17. Bahia. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*. Salvador: SESAB, 2009.
18. Bahia. Secretaria da Saúde. *Plano Plurianual de Governo, PPA 2008-2011*. Salvador: SESAB, 2007.
19. Bahia. Secretaria da Saúde. *Agenda Estratégica da Saúde 2007*. Salvador: SESAB, 2007.
20. Bahia. Secretaria da Saúde. *Agenda Estratégica da Saúde 2008*. Salvador: SESAB, 2008.

21. Bahia. Secretaria da Saúde. *Agenda Estratégica da Saúde 2009/2010*. Salvador: SESAB, 2009.
22. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. São Paulo: Hucitec, 1995
23. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy EE, Onocko RT (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.17-70.
24. Matus C. *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.
25. Matus C. *Política, planificação e governo*, 2^a ed. Brasília, IPEA, 1993. p. 297 - 554.
26. Matus C. *Política y Plan*. Caracas-Venezuela: Iveplan, 1982.
27. Teixeira CF. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: ISC/UFBA, 2001.
28. Rivera FJU. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2 ed. São Paulo: Cortez; 1992.
29. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Rivera FJU, organizador. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.17-33.
30. Senge PM. *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*, 24.ed. Tradução OP Traduções; consultoria Zumble Aprendizagem Organizacional. Rio de Janeiro: Bestseller, 2008.
31. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Revista Ciência e*

- Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2009 [acessado em 2010 Mar 15]; 14 (3) : 795-806. Disponível em: <http://scielo.br/cienciasaudecoletiva>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Pacto Pela Saúde*. Brasília: MS, 2006.
33. Bahia. Secretaria de Planejamento. *Territórios de Identidade da Bahia*. Salvador: SEPLAN, 2007.
34. Bahia. Secretaria da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização – PDR*. Salvador: SESAB, 2007.
35. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata R, organizadora. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 31 – 75.
36. Bahia. Secretaria da Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2007*. Salvador: SESAB, 2008.
37. Bahia. Secretaria da Saúde. *Relatório de Avaliação de Desempenho Institucional da SESAB 2007*. Salvador: SESAB, 2008.
38. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília: CONASS/OPAS, 2007.
39. Bahia. Secretaria da Saúde. *Relatório de Avaliação de Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública*. Salvador: SESAB, 2008.
40. Bahia. Secretaria da Saúde. *Relatório de Avaliação da Oficina de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS nas Funções Essenciais de Saúde Pública*. Salvador: SESAB, 2009.
41. Bahia. Secretaria da Saúde. *Planejamento Estratégico Setorial da Saúde*. Salvador: SESAB, 2007. (mimeo)

42. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2003-2007*. Brasília: MS, 2007.
43. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Mais Saúde – PAC Saúde*. Brasília: MS, 2007.
44. OPAS/OMS. Organização Panamericana de Saúde. *Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017*. Panamá: OPAS/OMS, 2007.
45. Brasil. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: IPEA, MP/SPI, 2007.

**Artigo 3: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO
ESTADUAL DE SAÚDE NA BAHIA: ATORES POLÍTICOS, JOGO
SOCIAL E APRENDIZADO INSTITUCIONAL**

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE NA BAHIA: ATORES POLÍTICOS, JOGO SOCIAL E APRENDIZADO INSTITUCIONAL

Washington Luiz Abreu de Jesus³³
Carmen Fontes Teixeira³⁴

RESUMO

Este artigo busca analisar a formulação do Plano Estadual de Saúde da Bahia, no período 2007-2009, entendido como processo político de tomada de decisões em torno dos problemas e oportunidades de ação no âmbito do sistema público de saúde. O referencial adotado foi construído a partir de adaptação do modelo teórico do ciclo da política pública, contemplando análise do contexto, caracterização dos atores envolvidos, operações realizadas na tomada de decisões e meios estratégicos utilizados. A produção de informações se deu por meio da análise de documentos institucionais organizados em portfólios e registros do processo de planejamento na organização estudada. A leitura sistemática do conjunto destes documentos apoiou-se no “caderno de registros” de um dos autores, construído na perspectiva de uma pesquisa em processo. A análise dos resultados revela que o jogo político incluiu “concessões” e “negociações” em torno de mudanças na gestão e organização do sistema de saúde, evidenciando a discussão sobre os problemas enfrentados pela gestão estadual do SUS no período e a busca de alternativas e soluções a esses problemas. Também evidencia o grande aprendizado institucional construído, envolvendo dirigentes e técnicos que ampliaram e acumularam sua capacidade de análise e formulação de propostas em torno da agenda governamental.

Palavras-chave: Política de Saúde, Planejamento em Saúde, Planejamento Governamental, Planos e Programas de Governo, Sistema Único de Saúde.

³³ Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Doutorando em Saúde Pública (ISC-UFBA). Professor da Universidade Federal da Bahia (Departamento de Medicina Preventiva e Social). Coordenador de Projetos Especiais da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

³⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Humanidades e Artes Prof. Milton Santos (IHAC) e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, ambos da UFBA.

THE BAHIA'S STATE HEALTH PLAN: POLITICAL ACTORS, SOCIAL PLAY AND INSTITUTIONAL LEARNING

Washington Luiz Abreu de Jesus
Carmen Fontes Teixeira

ABSTRACT

This paper analyses the formulation of the Bahia's State Health Plan during 2007 to 2009, understood as political decision-make around problems and opportunities of action for the public health system. The benchmark used was built from adaptation of the theoretical model of the cycle of public policy, comprising context analysis, characterization of the actors involved, operations in decision-making and strategic means used. The production of information was through the analysis of institutional documents organized into portfolios and records of the planning process in the organization studied. A systematic reading of all these documents relied on the "book of records" of an author, built from the perspective of a research process. The analysis reveals that the political game includes "concessions" and "negotiations" about changes in management and organization of the health system, evidencing the discussion of the problems facing the state management of the SUS in the period and the search for alternatives and solutions to these problems. It highlights the major institutional learning built, involving managers and technicians who have amassed their increased ability to analyze and formulate proposals on the government agenda.

Key words: Health Policy, Health Planning, Governmental Planning, Plans and Governmental Programs, Brazilian Public Health System.

Introdução

A produção científica na área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação de sistemas e serviços de saúde tem se fundamentado em um conjunto heterogêneo de abordagens teórico-metodológicas, que muitas vezes se aproximam e por vezes se distanciam, gerando polêmicas e estimulando a reflexão sobre as possibilidades de articulação. Especificamente na área de Planejamento em Saúde, tal como vem sendo desenvolvida no campo da Saúde Coletiva (Paim & Teixeira, 2006), pode-se identificar um “núcleo” constituído pelos estudos e propostas que tomam como eixo a contribuição das diversas vertentes teórico-metodológicas que se desenvolveram no contexto latino-americano (Rivera 1995; Paim, 2002), tendo como principais autores o argentino Mario Testa e o chileno Carlos Matus, protagonistas do debate em torno do chamado “pensamento estratégico” e do “planejamento estratégico situacional”.

No Brasil, o desenvolvimento de estudos nessa área tem gerado certo desdobramento de vertentes (Merhy, 1994; Rivera & Artmann, 1999; Campos, 2003) diferenciadas em função dos objetos de estudos e das perspectivas teórico-metodológicas adotadas pelos seus principais autores. Cabendo destacar, de um lado, a aproximação dos estudos sobre Análise estratégica e Gestão em saúde que enfatizam a negociação, a comunicação e a aprendizagem institucional (Rivera, 2003) e, do outro, a aproximação de estudos sobre Planejamento em saúde com os estudos sobre Políticas Públicas. (Teixeira *et al*, 2010)

De fato, o processo de formulação e implementação de políticas públicas vem sendo estudado no campo da administração e das ciências políticas com bastante intensidade nos últimos quarenta anos, principalmente em virtude do interesse dos pesquisadores dessas áreas no tocante ao processo de formulação e decisão,

considerando a forma como as questões e problemas passam a fazer parte da agenda de prioridades e como esses se articulam com as finalidades das políticas produzidas pelos governos, em particular (Gelinski & Seibel, 2008).

Pinto & Teixeira (2011) identificam que dentre os autores que enfatizam a análise da determinação da agenda e da formulação da política, destacam-se Baumgartner & Jones e Kingdom, cujos trabalhos buscam compreender o processo decisório e sua complexidade, no tocante à construção da agenda política por parte dos atores que participam desse processo, chamando a atenção para o fato de que um assunto ou tema, para ser considerado importante precisa ser alvo de atenções dos atores que participam da cena política.

Estudos realizados na Europa, América do Norte e Oceania tentam evidenciar a capacidade de planejamento em saúde na esfera pública, comparando experiências de vários países no tocante à condução dos processos de formulação, assessoramento e implementação de políticas, planos e projetos. São identificados avanços substanciais nos processos de formulação e assessoramento, porém, resultados efetivos decorrentes desses processos demandam investimento em estudos empíricos, já que os contextos analisados são diversos e singulares. (Ettelt S *et al*, 2006, 2008, 2009; Fazekas M & *cols*, 2010)

No Brasil, estudos como os de Coelho (2001), Lotufo (2003), Vilasbôas (2006), Rocha (2008), Cerqueira (2008), (Lotufo & Miranda, 2007), Vilasbôas & Paim (2008) e Sulpino (2009), bem como artigos nacionais disponíveis nas bases SciELO e LILACS, transitam criativamente entre diversas abordagens, propondo articulações teórico-conceituais e diálogos entre autores distintos, acumulando evidências acerca da forma e do conteúdo das práticas e processos de planejamento e gestão em saúde, particularmente no âmbito do SUS. Com base nesses estudos é possível afirmar que nos

últimos dez anos, a despeito dos avanços obtidos com a implantação das Normas Operacionais, do Pacto pela Saúde e do Sistema de Planejamento do SUS, existem dificuldades e lacunas nos processos de formulação de políticas e no uso das tecnologias de planejamento, revelando ainda uma predominância de práticas não estruturadas, quase sempre aliadas a grande dependência da decisão dos gestores, baixa governabilidade, escassa responsabilização e frágil controle social sobre a gestão das políticas e instituições públicas.

Os esforços empreendidos para superar essas questões culminaram mais recentemente na publicação do Decreto nº 7508/2011, que busca redefinir o marco regulatório processo de planejamento no SUS, redesenhando os instrumentos de planificação governamental e avançando para a efetiva implementação do planejamento integrado, de base regional, pautada nas necessidades de saúde. Neste documento definem-se as portas de entrada do sistema, os instrumentos de garantia de acesso às ações e serviços a serem disponibilizados à população, com seu padrão de integralidade articulado a um processo de negociação que tem os planos de saúde de como elemento central. (Brasil, 2011)

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), adotando o planejamento como possibilidade de organização da sua ação governamental desde meados da década de 1970, vem avançando no processo de formulação de políticas, desde o final da década de 1980, quando se formula o primeiro plano estadual de saúde. Mantém, ao longo dos diversos governos que se sucederam nos últimos vinte anos, um processo mais ou menos sistemático de elaboração de planos para enfrentar as questões incorporadas às diversas agendas políticas configuradas nesse período. (Paim, 2002; Jesus & Teixeira, 2010)

Mais recentemente, na gestão iniciada em 2007, o planejamento constituiu-se um espaço de agregação de um conjunto de processos de mudança institucional desencadeadas com o objetivo de se avançar na consolidação do SUS no Estado, o que propiciou a busca de aperfeiçoamento de sua metodologia e organização no âmbito do sistema, ao tempo em que estimulou a realização de estudos específicos. (Jesus & Teixeira, 2010)

Este artigo é resultado desse processo e toma como ponto de partida o reconhecimento da necessidade de problematização do cotidiano e das práticas de planejamento em saúde, como forma de sistematizar a experiência acumulada e avançar na reflexão sobre as facilidades, oportunidades, fragilidades, ameaças, limites e possibilidades do planejamento enquanto espaço de negociação, formulação de propostas e tomada de decisões em torno de ações estratégicas a serem implementadas no âmbito do SUS, bem como um processo de aprendizado institucional que pode contribuir uma capacidade de governo, necessária para a superação do amadorismo³⁵ para fortalecer a gestão em saúde.

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é analisar o processo de formulação do Plano Estadual de Saúde da Bahia, no período 2007-2009, com ênfase na caracterização dos atores políticos envolvidos, descrição do processo decisório e balanço do aprendizado institucional ocorrido no âmbito da SESAB no período estudado.

Aspectos teórico-conceituais e metodológicos

³⁵ O termo aqui utilizado foi empregado por Teixeira & Paim (2007) na discussão acerca dos problemas e desafios relativos à configuração institucional e gestão do SUS, no marco do debate acerca da necessidade de se estabelecer uma nova “institucionalidade” para o manejo do sistema.

Partindo da compreensão do planejamento como um “processo social” (Giordani, 1979) que inclui determinações abstrato-formais, relativas ao avanço do conhecimento científico e técnico, bem como determinações histórico-concretas, relacionadas com as condições políticas e institucionais onde se realiza, é possível mapear diversas concepções, identificando a ênfase que concedem aos aspectos propriamente “técnicos”, ou aos aspectos “políticos” implicados neste processo (Jesus *et al.*, 2011)

No esforço que empreendemos em trabalho anterior (Jesus, 2006), de identificar e classificar as distintas definições acerca do planejamento percebemos que alguns autores têm buscado efetuar uma síntese dessas dimensões, elaborando definições que incluem tanto os aspectos “técnicos” relacionados ao “como” planejar, isto é, à dimensão metodológica, quanto os aspectos “sociais”, isto é, o “porque” planejar, a importância e significado do planejamento para os atores que participam do processo político de tomada de decisões acerca do “que fazer” diante de determinados problemas.

Nesse sentido, é possível tomar como ponto de partida a definição de Pineault & Daveluy (1990, p.14), entendendo planejamento em saúde enquanto um processo complexo, que trata da *previsão de recursos e serviços de saúde necessários para alcançar objetivos determinados segundo uma ordem de prioridades estabelecidas a partir de uma análise estratégica, permitindo eleger as soluções ótimas dentre muitas alternativas, considerando o contexto de dificuldades, internas e externas, conhecidas atualmente ou previsíveis no futuro.*

É importante, entretanto, problematizar os sujeitos que, de fato, desencadeiam esse processo, ou seja, os atores políticos para quem o planejamento se apresenta como um meio possível de organizar o “cálculo que precede e preside” (Matus, 1996) suas ações, o que, de fato, confere concentricidade ao conceito, permitindo a realização de

estudos sobre processos históricos específicos, como é o caso do planejamento no SUS-Bahia.

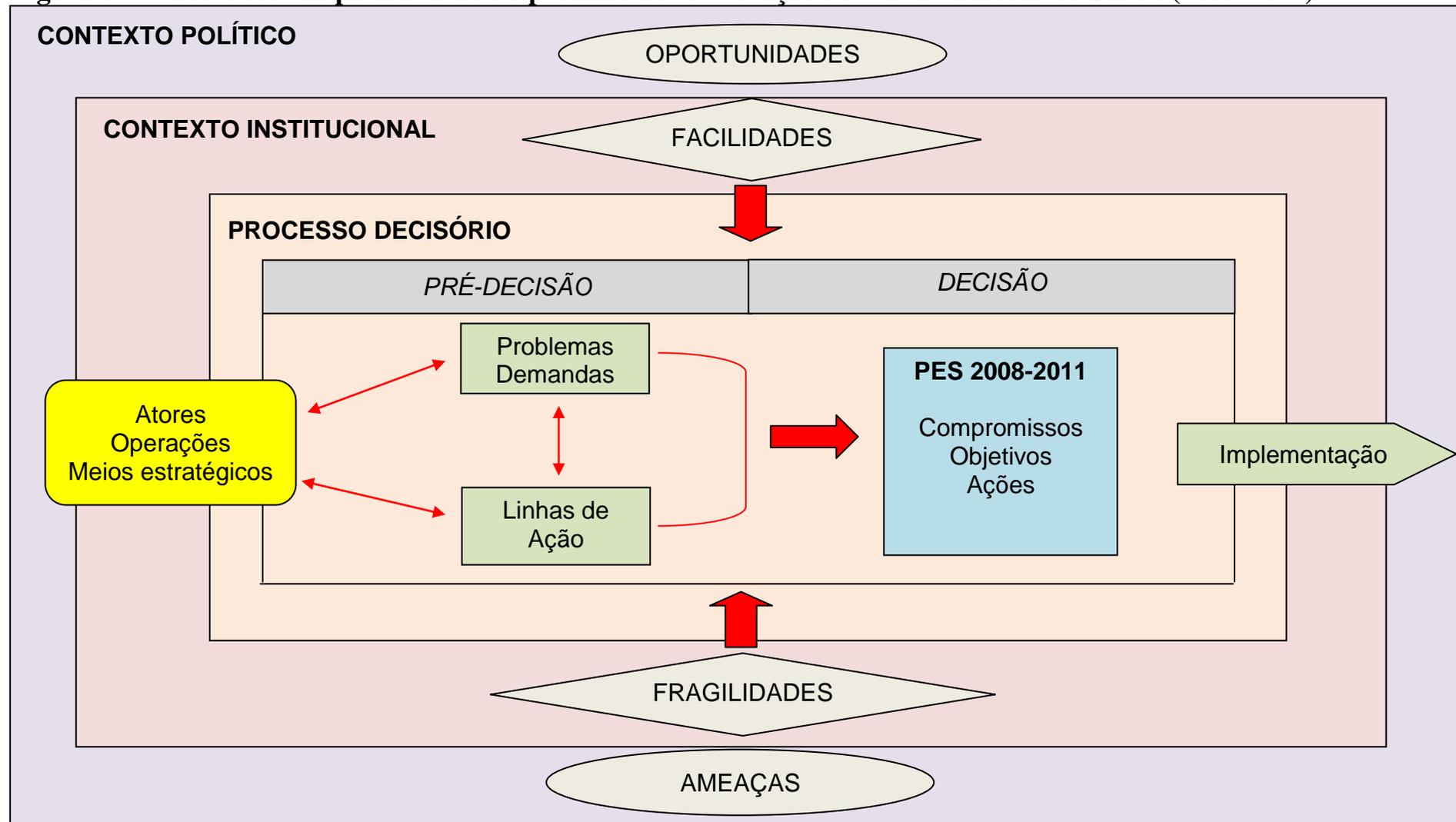
De fato, tratando-se do planejamento desenvolvido no âmbito de organizações governamentais hipercomplexas (Testa, 2002) tal perspectiva orienta a análise de processos de formulação de políticas, nos quais os tomadores de decisão (atores políticos), tendo como ponto de partida os problemas de saúde, demandas sociais e oportunidades institucionais, estabelecem negociações, consensos, dissensos e confrontos que resultam na construção de agendas políticas, nas quais se definem prioridades que orientam o curso das ações para enfrentar os problemas e ameaças, responder às demandas e necessidades, potencializar as facilidades e aproveitar as oportunidades existentes.

Na prática, trata-se de um jogo estabelecido entre atores sociais e empreendedores, que imersos num contexto político-institucional, operam meios estratégicos, no curso de um tempo definido, para conferir a uma dada organização/instituição a direcionalidade necessária para o alcance de um futuro desejado, num processo de relações de cooperação e conflito. Ainda que a construção deste futuro seja dependente da intencionalidade desses atores e dos interesses existentes neste **jogo social**, com suas regras, capacidades acumuladas e fluxos de produção (Matus, 2005). Ademais, no curso desse jogo, pode ocorrer um processo de aprendizado institucional (Senge, 2008), pela acumulação de saberes e experiências por parte dos atores envolvidos, ampliando e potencializando sua capacidade intelectual e habilidade política, no manejo dos conflitos e na construção dos consensos necessários à condução e implementação das estratégias previstas para o alcance dos objetivos acordados.

Com base nesse referencial, foi realizado um estudo de caso sobre o processo de formulação do PES 2008-2011 tomando-se como ponto de partida para a construção do modelo teórico a proposta elaborada por Teixeira *et al* (2010) para análise do processo de formulação de políticas de saúde. Desse modo, é possível analisar o **contexto político-institucional** onde ocorreu o desenvolvimento da proposta em questão, as facilidades, dificuldades, oportunidades e ameaças identificadas nesse processo, bem como os limites e desafios de acordo com o modelo de avaliação proposto por Fazekas *et al* (2010).

Além disso, encontramos na análise estratégica de Matus (1996) elementos que enriquecem a abordagem proposta, especificamente a identificação dos atores, seus posicionamentos e movimentos no contexto político institucional. Nesse sentido, incorporamos ao modelo as categorias de análise “operações” e “meios estratégicos” (Matus, 1996) que permitem compreender as ações desencadeadas pelos atores no processo decisório, ou seja as jogadas dos atores no Jogo Social (Matus, 2005). Tendo em conta que os processos decisórios são permeados por facilidades, dificuldades, oportunidades e ameaças (OPAS, 1994; Vilasbôas, 2004), cabe destacar a importância de se mapearem as iniciativas que esses atores adotaram no jogo para superar os pontos fracos, potencializar os pontos fortes e enfrentar as adversidades que o processo evidenciou. Finalmente, também é discutido o aprendizado institucional construído (Testa, 1995, 2002; Matus, 2000; Senge, 2008; Habermas, 1989; Motta, 2007; Rivera, 2003; Teixeira, 2010; Vilasbôas, 2006). Essas contribuições deram origem ao modelo para análise de políticas públicas, que foi adotado como marco teórico neste artigo – **figura 3.**

Figura 3 – Modelo teórico para análise do processo de formulação do Plano Estadual de Saúde (2008-2011)



(*) Adaptado a partir do modelo de análise de formulação de políticas de saúde, elaborado por Teixeira (2010).

Resultados e discussão

Aspectos históricos do processo de formulação de planos de saúde na Bahia

No Estado da Bahia datam do início da década de 1970 os primeiros diagnósticos de saúde, que se utilizaram da técnica CENDES/OPS para organizar as ações preventivas e de proteção específica sobre os principais agravos da população. O desenvolvimento dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) e sua incorporação às atividades da SESAB, em 1976, possibilitou construir o planejamento numa perspectiva descentralizada, com participação das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). Entretanto, a partir de 1979, com a criação da Assessoria de Planejamento (ASPLAN) e da Coordenação de Programas Especiais (COPEs), verifica-se uma diminuição progressiva da participação desses órgãos no processo de planejamento da organização. (Kalil, 1983; Coelho, 2001; Paim, 2002)

Com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1987, a SESAB tenta retomar a construção de um processo descentralizado e participativo de planejamento, conduzido pela ASPLAN e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES-BA). Neste momento é elaborado o primeiro Plano Estadual de Saúde (PES 1988-1991), abordando as principais questões relativas à saúde da população, gestão e organização de serviços em todas as regiões do estado. (Paim, 2002)

Em 1988, com a instituição do SUS pela Constituição Federal, inicia-se, no âmbito nacional, uma nova fase na implementação das conquistas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que, infelizmente, na Bahia, tem seu impulso retraído pela

retomada do poder pelas forças carlistas³⁶, instaurando uma situação de constrangimento e insegurança, com esvaziamento da participação da comunidade e dos trabalhadores da SESAB no processo de planejamento. (Silveira, 1994)

Ao longo da década de 1990 e na primeira metade da década de 2000, os processos de planejamento na organização culminaram na elaboração de quatro planos de saúde, além de outros instrumentos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que permitiram ao estado avançar, em 2004, para a Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde. Como características desses processos destacam-se a ênfase nas questões gerenciais e administrativas, em detrimento das intervenções sobre os problemas de saúde da população; inconsistência das proposições formuladas; ausência de análise de factibilidade e viabilidade; insuficiente definição das responsabilidades institucionais; inexistência de mecanismos explícitos de monitoramento e avaliação, bem como de mecanismos mais efetivos de fiscalização e cobrança por parte do Conselho Estadual de Saúde. (Silveira, 1994; Neves, 1994; Coelho, 2001; Paim, 2002)

No período 2007-2010, o contexto de mudança da gestão estadual aliado à oportunidade de inserção da SESAB no Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), estabeleceu ambiente propício à consolidação de processos de formulação de políticas aliados ao planejamento em saúde. Formulou-se uma Agenda Estratégica, com desdobramentos que propiciaram a construção do PES 2008-2011, processo descrito em trabalho anterior, que privilegiou a caracterização dos diversos momentos segundo o enfoque estratégico-situacional (Jesus & Teixeira, 2010). A seguir tratamos de aprofundar a análise do contexto, a caracterização dos atores e a dinâmica do processo decisório que em parte se expressou na formulação deste Plano.

³⁶ Carlismo é uma expressão que identifica o movimento político liderado pelo ex-senador Antônio Carlos Magalhães, estudado em detalhe na publicação: Dantas Neto PF. *O carlismo para além de ACM: estratégias adaptativas de uma elite política estadual*. In: Souza C. & Dantas Neto PF (org.). *Governo, políticas públicas e elites políticas nos estados brasileiros*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

O contexto político-institucional

A vitória do candidato do Partido dos Trabalhadores nas eleições estaduais de 2006 colocou no governo um grupo político aliado ao Governo Federal, e possibilitou a nomeação de um conjunto de dirigentes oriundos dos partidos que se coligaram no segundo turno. Dentre estes, destaca-se a indicação do Secretário de Saúde, um sanitarista renomado com larga experiência na gestão do SUS ao nível municipal e nacional, o qual tratou de recompor a equipe gestora da SESAB com profissionais de capacitados nas diversas áreas de atuação da gestão, a maioria dos quais vinculados aos partidos aliados.

Esse contexto político-institucional revelou-se favorável ao desenvolvimento do processo de planejamento do SUS no Estado, que foi facilitado, do ponto de vista técnico e administrativo, pela capacidade técnico-operacional da equipe condutora, disponibilidade de métodos, técnicas e instrumentos, além da disponibilidade de recursos (financeiros, materiais e tecnológicos).

Além disso, a existência de dispositivos jurídico-legais que respaldavam a institucionalização do planejamento por meio do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), bem como o estabelecimento de parcerias interinstitucionais com o Ministério da Saúde, Universidades e organizações internacionais (OPAS), visando cooperação técnico-científica, contribuíram para o fortalecimento da vontade política da gestão estadual do SUS com relação à utilização do planejamento no processo de condução da política de saúde no Estado, ainda que o posicionamento dos vários atores envolvidos no jogo institucional tenha configurado ao longo do processo linhas de tensão e conflito, como veremos adiante.

O fato é que, pela confluência de elementos favoráveis no ambiente interno à Secretaria Estadual de Saúde nesse momento, conjugados com elementos externos à organização, configurou-se uma “janela de oportunidade” para a formulação, ou melhor, reformulação da política de saúde estadual, processo que contemplou a valorização do planejamento enquanto método e forma de organizar os produtos do processo decisório, isto é, as decisões adotadas com relação aos problemas e às alternativas de solução apresentadas pelos atores envolvidos.

Atores sociais e empreendedores

Os atores sociais³⁷ empreendedores³⁸ do processo de planejamento da SESAB foram identificados a partir de sua inserção no processo decisório relativo à formulação do plano (**Anexo III**). Destacam-se, no âmbito interno da organização, o Colegiado de Gestão (CG), constituído pelos tomadores de decisão [*stakeholders*]; a Assessoria de Planejamento (ASPLAN), responsável pela condução técnica do processo; o Grupo Técnico de Planejamento (GT), equipe tático-operacional no nível central da organização e as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), articuladoras das diversas regiões do estado.

No âmbito externo à SESAB, identificamos atores e empreendedores que integram o governo estadual, ganhando destaque a Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN), interlocutora direta do planejamento governamental; a Casa Civil (CS), responsável pelo monitoramento das ações prioritárias de governo; a

³⁷ Para Matus (1996) os atores são os motores dos processos de mudança organizacional. São portadores e, às vezes, criadores de ideias, sendo participante de um jogo, vivendo seus riscos e incertezas, produzindo e produzindo-se. Atuam nesse jogo por terem capacidade de ação e peso coletivo. Podem ser um *ator-pessoa* [personalidade] ou *ator-grupo* [cúpula ou direção de uma organização/instituição].

³⁸ Kingdom (1995:204) define empreendedores de política os indivíduos comprometidos a investir “tempo, energia, reputação, dinheiro, para promover uma posição de ganho futuro esperado pela forma de benefícios materiais de solidariedade proposital”.

Secretaria de Relações Institucionais (SERIN), responsável pelo relacionamento de governo com a sociedade civil; a Secretaria da Administração (SAEB), definidora dos processos e fluxos gerenciais; a Secretaria de Finanças (SEFAZ), responsável pelo fluxo de recursos financeiros do governo estadual e a Procuradoria Geral do Estado (PGE), responsável pelos encaminhamentos legais da administração pública estadual.

Também no ambiente externo à SESAB identificamos vários atores, direta ou indiretamente envolvidos na gestão do SUS, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde (CES-Bahia), órgão fiscalizador e parceiro crítico; Ministério da Saúde (MS), principal incentivador externo, aportando, inclusive, recursos financeiros e apoio técnico; Universidade Federal da Bahia (UFBA), importante parceira na elaboração do Plano e qualificação profissional por meio do Instituto de Saúde Coletiva, bem como a participação crítica por parte do Departamento de Medicina Preventiva e Social; Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS), gestora de cooperação técnico-científica que potencializa a proposta na parceria com o MS; o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-Bahia), apoiador crítico e incentivador da descentralizado; e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB-Bahia), responsável pelas pactuações que viabilizaram o processo.

O quadro a seguir apresenta o conjunto dos atores e empreendedores identificados no processo de formulação do PES 2008-2011 da SESAB.

Figura 4 – Quadro de distribuição dos atores sociais e empreendedores identificados no processo de elaboração do PES 2008-2011

Âmbito Interno - SESAB	Âmbito Externo - Governo Estadual	Âmbito Externo - Organizações do sistema de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Colegiado de Gestão (superintendências, diretorias gerais, "staff" e Fundação HEMOBA) ^(A) • ASPLAN/GASEC* ^(B) • DIRES ^(C) • GT de Planejamento ^(D) 	<ul style="list-style-type: none"> • SEPLAN ^(E) • Casa Civil ^(F) • SERIN ^(G) • SAEB ^(H) • SEFAZ ^(I) • PGE ^(J) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde ^(K) • CES/Bahia ^(L) • CIB/Bahia ^(M) • COSEMS/Bahia ^(N) • OPAS/OMS ^(O) • ISC/DMP-FAMED (UFBA) ^(P)

Mapeando-se³⁹ a posição desses atores com relação ao processo de planejamento desenvolvido para a construção da Agenda Estratégica de governo e do Plano de Saúde, identificamos que, os componentes do âmbito interno (A, B, C, D) posicionaram-se em *apoio relativo*, construído de modo progressivo ao longo do processo, permeado por tensões constantes na construção de consensos possíveis. *Indiferenças e/ou resistências relativos* (A, C) se evidenciaram nos espaços micro organizacionais, revelando os dissensos e impactando principalmente no tocante à incorporação de elementos estruturantes no plano, como os indicadores do Pacto pela Saúde e de desempenho tático-operacional das unidades assistenciais, bem como na apropriação das questões gerenciais necessárias às mudanças nos processos de trabalho em saúde.

No âmbito externo, predominou também o *apoio relativo* (E, F, G, H, I, J, K, L, M, P), com alguns focos de *indiferença e/ou resistência relativos* (I, N, O) caracterizadas talvez por dificuldade de “compreensão” acerca dos métodos e técnicas

³⁹ O mapeamento dos atores foi feito utilizando-se a matriz (**Anexo III**) na qual se explicitam as posições possíveis com relação ao processo de planejamento – apoio, indiferença ou resistência relativos. Cabe registrar que embora a matriz sistematize as posições que prevaleceram ao longo do tempo, neste período pode-se observar certas mudanças no posicionamento dos atores institucionais. A heterogeneidade de posições evidenciou-se ao longo de todo o processo, predominantemente nos anos de 2007 e 2008. Identifica-se uma confluência progressiva de apoios decorrentes do fortalecimento e da construção da legitimidade do processo, principalmente a partir do ano de 2009, com a finalização do documento do PES 2008-2011 e sua aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde.

utilizados⁴⁰ e das particularidades do processo engendrado no setor saúde. Cabe destacar o formalismo das relações institucionais estabelecidas, que dificulta a identificação de eventuais consensos ou dissensos. Explicita-se a grande resistência por parte dos gestores municipais à proposta, em virtude de conflitos⁴¹ com o Ministério da Saúde sobre a lógica de construção do planejamento no SUS.

No jogo do processo de formulação do PES 2008-2011, o **ator central** identificado foi a ASPLAN, órgão vinculado ao Gabinete do Secretário – GASEC, cujo coordenador participa do Colegiado de Gestão. Este setor, constituído por um grupo de especialistas em dedicação exclusiva ao planejamento governamental, foi responsável pela condução desse processo em todas as suas etapas. As características evidenciadas nesta equipe, quais sejam, motivação, interesse, conhecimento e experiência, permitiram a construção de uma acumulação política e técnica, mesmo diante da instabilidade da equipe⁴² e do conflito de competências⁴³ que se explicitaram no período. Atuou na construção de métodos, técnicas e instrumentos, na articulação intra e intersetorial de

⁴⁰ Conflito entre uma perspectiva normativa, burocrática e centralizada e o enfoque situacional apresentado pela equipe da SESAB, bem como certa resistência à incorporação da metodologia proposta na medida em que esta não se revelava coerente com os propósitos de determinados órgãos (crescimento, legitimação ou mudança).

⁴¹ Esses conflitos tem-se apresentado ao longo do processo de construção do SUS, agudizando-se por ocasião da elaboração do Pacto pela Saúde em 2006 e evidencia um jogo conflitivo em que se disputam interesses distintos dos gestores municipais, representados pelo CONASEMS, gestores estaduais, representados pelo CONASS e o Ministério da Saúde, gestor federal. Na base desse conflito interfederativo encontra-se a discordância acerca dos mecanismos de alocação dos recursos, o que se desdobra no conflito cognitivo em torno do modelo de planejamento a ser adotado pelo Ministério da Saúde na oportunidade, cujo enfoque despertou resistências. Consideramos, inclusive, que esse problema merece estudos posteriores.

⁴² A ASPLAN não possuía, nos primeiros dois anos da gestão 2007-2010, uma estrutura formal no organograma da SESAB (**Anexo IV**) sendo composta por técnicos ocupantes de cargos em comissão dentro da estrutura do Gabinete do Secretário. As dificuldades do jogo e as disputas que ao longo do processo tiveram que ser travadas criaram momentos de instabilidade que produziram várias mudanças na composição da equipe, permanecendo coeso um pequeno grupo que, no tempo foi encontrando apoio respaldo político para desenvolver estratégias de superação desta instabilidade. As cooperações técnicas desenvolvidas com o ISC/UFBA e OPAS/Brasil são exemplos dessas iniciativas utilizadas temporariamente, até que pudessem ser admitidos por concurso público alguns servidores de carreira para este setor, os quais compõem a equipe atual da COPE.

⁴³ O fato da “função planejamento” ter sido redistribuída pela gestão em vários setores, considerando-se as necessidades conjunturais do momento, fez com que, por vezes, um intenso processo de negociação tivesse que ser empreendido para viabilizar a construção dos instrumentos e processos de planejamento na organização.

processos de trabalho, na capacitação das equipes técnicas e de gestão. Utilizou, no jogo social, de estratégias de persuasão e dissuasão, negociação mista (cooperativa e conflitiva), mediação, imposição e confronto necessários à construção dos consensos e enfrentamento dos dissensos desse processo.

Mesmo considerando a participação de vários atores no processo de elaboração do PES 2008-2011, evidenciou-se na análise que o protagonismo destes atores no processo decisório concentrou-se no âmbito interno da SESAB, sendo compartilhado pelo Colegiado de Gestão, ator central da tomada de decisão, pela ASPLAN, ator técnico-político central de articulação institucional e pelo GT de Planejamento, ator central das respostas tático- operacionais.

Importantes parceiros do processo decisório atinente à formulação do plano foram a SEPLAN – definidora dos programas governamentais e responsável pela condução do processo de formulação do Plano Plurianual de governo (PPA), a Casa Civil – responsável pelo acompanhamento das ações prioritárias de governo e a UFBA – responsável pela construção metodológica que subsidiou a formulação do documento.

Os órgãos de gestão colegiada do SUS – Conselho Estadual de Saúde (CES-Bahia) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB-Bahia), tiveram pouca participação no processo de formulação do Plano, a despeito dos esforços empreendidos⁴⁴ e do volume de encontros e eventos ocorridos, embora isto não tenha se tornado um obstáculo ao desenvolvimento do processo. Também não se evidenciou participação efetiva dos

⁴⁴ Inicialmente, durante o ano de 2007, todos os produtos parciais do processo de planejamento, a exemplo da análise de situação, das proposições preliminares com respeito às ações prioritárias foram apresentados sistematicamente nas reuniões do CES e reuniões da CIB, que se realizavam mensalmente. Essas apresentações, na maioria das vezes, não provocavam maiores comentários por parte dos membros dos integrantes do CES, à exceção de alguns representantes dos gestores e dos usuários que, por vezes comentavam o conteúdo apresentado sugerindo aperfeiçoamentos. No caso da CIB, entretanto, a dinâmica era diferente, porquanto os representantes do estado pronunciavam-se favoráveis às propostas apresentadas enquanto os representantes municipais, por conta do conflito registrado em nota anterior, mantinham certa neutralidade. Tanto o CES quanto a CIB foram progressivamente aderindo ao processo, tendo, a partir de 2008, sua participação evidenciada com maior força, como demonstra o mapeamento dos atores.

demais órgãos do governo estadual nos processos decisórios que confluíram na formulação do plano.

Dinâmica do jogo no processo de formulação do PES 2008-2011

A construção do PES 2008-2011 envolveu um processo decisório amplo e conflitivo, estabelecendo-se um jogo de condução da política de saúde na Bahia, que incluiu “concessões” e “negociações” em torno dos interesses dos atores e empreendedores. Na análise desse jogo consideramos a **agenda estratégica** como elemento articulador da formulação de propostas no plano intra e interinstitucional, sendo que o “intra” refere-se ao âmbito interno à SESAB e “inter” leva em conta a relação entre a SESAB e os demais órgãos do governo estadual, por um lado, e a relação entre a SESAB e os demais níveis de gestão do SUS, isto é, o nível federal e o municipal.

Processo decisório: definição da agenda estratégica e dos “compromissos” do PES 2008-2011

As negociações em torno dos problemas e demandas na conformação da agenda governamental levaram em consideração os posicionamentos e motivações dos atores e empreendedores no Jogo Social estabelecido para construir o Plano. Na prática, esse processo contemplou o reconhecimento dos problemas, a formulação de alternativas de solução, a negociação entre os diversos atores em torno das propostas formuladas e a construção do consenso quanto às prioridades que vieram a constituir a agenda estratégica propriamente dita (Kingdom, 1984; Teixeira *et al*, 2010)

No reconhecimento dos problemas, tomou-se como ponto de partida o Diagnóstico da Transição (Bahia, 2011a), documento elaborado pela equipe de transição de governo⁴⁵, apontando o que consideravam os principais problemas de gestão, financiamento, infraestrutura, organização e prestação de serviços existente no âmbito do SUS Bahia, no início de 2007.

Os problemas explicitados nesse diagnóstico foram apresentados às reuniões do Colegiado de Gestão da SESAB realizadas durante os primeiros cem dias de governo, com o objetivo de subsidiar a construção de um “plano de ação” imediata (Bahia, 2011a). Neste período também se consolidou o Diagnóstico da Situação encontrada (Bahia, 2011a), que representou o consenso dos gestores em torno da problemática apresentada na transição. Este consolidado foi apresentado ao Colegiado Ampliado [com a participação de todo o corpo dirigente da secretaria], ao Conselho Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite pelo secretário da saúde, o que conferiu legitimidade e respaldo ao trabalho desenvolvido.

Na oportunidade da 7ª. Conferência Estadual de Saúde⁴⁶, os problemas e as alternativas de solução identificadas foram apresentados aos participantes (Bahia, 2011a). Para subsidiar os debates nesta conferência, a SESAB organizou uma publicação com o temário da conferência e suas principais questões e a ASPLAN sistematizou as demandas e recomendações das conferências municipais, segundo as linhas de ação desenvolvidas pela SESAB no processo de formulação do PES e apresentou as alternativas de solução dadas pela equipe gestora num espaço denominado “ObservaSUS” (Jesus & Teixeira, 2010). Neste mesmo espaço a Diretoria

⁴⁵ Equipe composta por vinte e cinco pessoas entre indicados por partidos da base aliada do governo recém-eleito e técnicos convidados com o objetivo de acompanhar o processo de transição de governo. Ocuparam-se, no período de outubro a dezembro de 2006 da realização do diagnóstico de transição e da elaboração do Plano de 100 dias.

⁴⁶ Realizada em setembro de 2007, no marco da 13ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema: “Saúde e qualidade de vida – políticas de estado e desenvolvimento”.

de Informações em Saúde – DIS – produziu um consolidado da situação epidemiológica que foi disponibilizado aos conferencistas para subsidiar os debates em torno da problemática de saúde da população. Como produto deste debate construiu-se um conjunto de diretrizes que orientaram as discussões técnicas que se seguiram na formulação do PES. (Bahia, 2011a)

Esse processo contribuiu para a consolidação da **análise situacional**⁴⁷ (Bahia, 2011b) que subsidiou a priorização dos problemas de estado de saúde da população e do sistema de saúde⁴⁸ nas Oficinas Macrorregionais do PES 2008-2011, com apoio do ISC/UFBA. Estas oficinas foram o momento de ampliação da participação dos atores institucionais, incluindo-se os representantes do nível regional (Diretorias Regionais de Saúde – DORES), representantes dos municípios e conselheiros de saúde do nível estadual. Adotou-se o desenho das macro e microrregiões de saúde, definidos pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR – para a organização desta oficina, inserindo-se as DORES na busca de consolidar a nova proposta de regionalização apresentada com o Pacto pela Saúde.

Finalizado o momento da priorização, passou-se a construção dos módulos-operações-problemas do Plano. A partir das “linhas de ação” definidas, iniciou-se um processo de **negociações técnicas e políticas** tanto com os representantes técnicos envolvidos quanto com os gestores dos diversos órgãos estratégicos⁴⁹. Realizou-se um conjunto de oficinas realizadas, conduzidas pela ASPLAN e pelo GT de Planejamento, onde se construíram coletivamente os compromissos, objetivos e ações estratégicas do

⁴⁷ Coerentemente com o enfoque estratégico situacional adotado, a Análise da Situação de Saúde contemplou o estado de saúde da população, indicando os agravos de maior incidência e prevalência, bem como os problemas do sistema e serviços de saúde, organizados segundo os componentes do diagrama de Klekowsky *et al* (1984) e agregados segundo a perspectiva de Teixeira (2002).

⁴⁸ Utilizou-se para a priorização dos problemas de estado da população os critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custo. Para priorizar os problemas do sistema e dos serviços de saúde utilizaram-se os critérios de relevância, urgência, factibilidade e viabilidade. (Teixeira *et al*, 2010)

⁴⁹ Ver Organograma da SESAB – **Anexo IV**.

PES, bem como se definiram as responsabilidades institucionais e a viabilidade orçamentária e financeira das proposições com base no PPA 2008-2011. (Bahia, 2011b)

Este momento foi marcado por uma maior participação do Conselho Estadual de Saúde⁵⁰, na medida em que os representantes dos gestores e usuários se envolveram ativamente na discussão dos problemas e das linhas de ação propostas. Além disso, é importante destacar a colaboração do ISC/UFBA, da OPAS/Brasil e de outros parceiros governamentais como SEPLAN e Casa Civil no refinamento das proposições, considerando a necessidade de alinhamento das mesmas à situação de saúde da população, às necessidades do sistema e dos serviços de saúde e às prioridades políticas estabelecidas para o período.

Considerando a necessidade de melhor compreensão dos problemas relativos à gestão e organização do sistema estadual de saúde, paralelamente ao processo de construção dos módulos operacionais optou-se por se desencadear um processo de avaliação institucional amplo integrando dois movimentos: a avaliação de desempenho institucional, feita no período 2007-2008 e a avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP-SUS) com o apoio da OPAS/Brasil, numa parceria entre SESAB, OPAS e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). (Jesus & Teixeira, 2010)

Este momento permitiu à equipe dirigente da SESAB a apropriação de um método que permitiu reconfigurar a análise situacional⁵¹ dos componentes de gestão, financiamento, infraestrutura, organização e prestação de serviços, considerando as reais

⁵⁰ Cabe ressaltar que os representantes dos trabalhadores de saúde permaneceram indiferentes.

⁵¹ A partir do entrecruzamento dos problemas de estado de saúde da população, dos problemas do sistema de dos serviços de saúde com as demandas oriundas das conferências municipais de saúde e problemas priorizados nas oficinas macrorregionais, organizou-se um quadro síntese da problemática para cada macrorregião de saúde. Realizou-se, a partir daí, um consolidado da situação de saúde do Estado da Bahia. (**Anexo V**)

responsabilidades do ente estadual do SUS, ainda que se considere que o perfil da SESAB não responde a todos os critérios explicitados na proposta das FESP.

Finalizado este processo, a equipe técnica condutora debruçou-se sobre os documentos produzidos (Bahia, 2011b) e passou a consolidar⁵², juntamente com o GT de Planejamento e com apoio do ISC/UFBA os módulos-operações-problemas do PES 2008-2011, apresentando-os ao Colegiado de Gestão da SESAB e ao Conselho Estadual de Saúde no primeiro semestre do ano de 2009.

O PES 2008-2011, articulado ao Plano Plurianual de Governo para o mesmo período⁵³, constituiu-se, assim, por sete linhas de ação, oriundas da agenda estratégica, que se desdobraram em outras três agendas anuais, treze compromissos relativos às declarações das áreas estratégicas acerca dos propósitos de suas políticas, explicitando os modelos de gestão e de atenção propostos e trinta e três objetivos, revelando as prioridades de enfrentamento aos problemas no âmbito de cada um dos compromissos do plano. (**Anexo VI**)

Facilidades e dificuldades enfrentadas no processo

A identificação das facilidades apresentadas e das dificuldades enfrentadas se deu a partir da utilização da matriz FOFA⁵⁴ (OPAS, 1992) – **Anexo VII**. Partimos de

⁵² Este processo contemplou várias etapas, constituindo-se num momento extremamente rico de refinamento das proposições que constituíam as linhas de ação de cada uma das superintendências da SESAB. Foram selecionados líderes dentre os componentes do GT de Planejamento para conduzir o processo na construção dos módulos operacionais em cada uma das linhas de ação, cujo papel foi conduzir as discussões necessárias à consolidação dos mesmos para a versão final do Plano. Foi um processo permeado por tensões e conflitos em torno da definição das ações estratégicas necessárias ao enfrentamento das questões prioritizadas, sendo marcado pelo intenso processo de negociação travado para garantir coerência interna e consistência ao documento do PES, em construção.

⁵³ O processo de articulação entre o PES e o PPA encontra-se explicitado por meio do “Quadro de Conexões Conceituais”, publicado no artigo de Jesus & Teixeira (2010) e por meio da articulação orçamentária estabelecida, publicada no próprio Plano. (Bahia, 2011c)

⁵⁴ Foram identificadas “estratégias” de potencialização das facilidades e redução ou abolição das dificuldades relativas ao processo de planejamento desenvolvido no período. Utilizamos o termo “iniciativas” para definir essas estratégias, considerando o manejo dos recursos de poder adotado por

uma análise de ambientes para identificar as evidências relativas ao processo nos âmbitos interno e externo da organização. No âmbito interno identificaram-se as facilidades e dificuldades e no âmbito externo as oportunidades e ameaças.

As *facilidades* aliam-se às *oportunidades* na medida em que demonstram as potencialidades do processo. Neste sentido foram identificadas principalmente: a) a capacidade técnica de formulação e decisão da equipe condutora, demonstrada pela consistência teórico-metodológica dos produtos relativos ao processo de planejamento que antecederam a formulação do PES, haja vista o investimento em cooperações técnico-científicas que potencializaram o processo; b) a disponibilidade de recursos financeiros e de infraestrutura, demonstrada pela existência de orçamento e fluxo de caixa proveniente do tesouro estadual e do Ministério da Saúde, e pela existência de espaço físico, equipamentos e insumos para viabilizar o trabalho desenvolvido pela equipe; c) a existência de articulação interna com as diversas áreas a partir do GT de Planejamento, demonstrada pela identificação da participação deste ator [o GT] nos diferentes momentos desse processo desencadeado na organização, e também uma articulação externa demonstrada pela parceria com outros órgãos de governo e outras organizações públicas de gestão, fomento e formação em saúde.

Quanto às *dificuldades* ou *fragilidades* aliadas às *ameaças* revela-se: a) na instabilidade funcional e dos processos de trabalho da equipe condutora, demonstradas pelas constantes modificações sofridas pelo corpo técnico desta equipe no período, mesmo considerando a manutenção da sua capacidade técnica, haja vista que o coordenador permaneceu na condução do processo ao longo do tempo; b) nas

parte dos principais “atores e empreendedores” ou “jogadores” [Colegiado de Gestão e ASPLAN]. Esta construção foi feita com a análise dos documentos institucionais, ancorando-se os resultados na observação participante de um dos autores no processo decisório da organização nos diferentes espaços de sua inserção – Colegiado de Gestão, Conselho de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite. Na consolidação desta matriz, utilizou-se também da revisão de documentos analíticos produzidos pela cooperação técnica com a OPAS/Brasil (Bahia, 2011c; Bahia, 2011d) e de estudos realizados na instituição relativos ao processo de gestão, que tratam da questão do planejamento e da tomada de decisão (Coelho, 2001; Moreno-Neto, 2011).

resistências persistentes aos processos desencadeados principalmente pelo conflito de competências estabelecido no processo em virtude do desenho adotado para o processo de planejamento da instituição, haja vista que se optou por não ter uma estrutura administrativa central de condução do planejamento governamental, sendo a ASPLAN uma instância ligada ao GASEC. Essas questões interferiram significativamente no curso do processo, produzindo restrições ao desenvolvimento pleno das atividades necessárias. Prova disso foi o fato do PES 2008-2011 ter sido aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde somente em abril de 2009.

No jogo social estabelecido, o manejo dos recursos do poder por parte dos atores e empreendedores do processo desencadeou um conjunto de “iniciativas”⁵⁵ para manter, ampliar e consolidar seu poder. Neste particular, estavam no jogo os recursos necessários para gerar, acessar e manejar informações distintas para produzir decisão [*poder técnico*], a capacidade de apropriar-se e de alocar recursos financeiros para garantir a resposta às necessidades que o processo impunha [*poder administrativo*] e a capacidade de mobilizar conhecimentos e vontades necessárias à construção de novos saberes e ideologias, investindo nos sujeitos e na sua capacidade criativa [*poder político*]. (Testa, 2004)

Considerando essas tipologias de poder e o manejo combinado das mesmas, por parte do Colegiado de Gestão, condutor político e pela ASPLAN, condutor técnico, identificamos iniciativas de defesa e enfrentamento, crescimento e legitimação, sobrevivência e sustentabilidade e de reestruturação e consolidação, utilizadas para enfrentamento das dificuldades e potencialização das facilidades apresentadas no

⁵⁵ O termo “iniciativa” faz alusão aos conceitos de “estratégia” e “operação” apresentados por Matus (1996) na descrição dos elementos constitutivos da análise estratégica no Jogo Social. O mapeamento das mesmas se deu a partir da análise dos resumos executivos das reuniões do Colegiado de Gestão da SESAB, que ocorrem semanalmente, às segundas-feiras, e que foram, no período, construídos pelo autor deste artigo que é membro deste colegiado.

processo de planejamento que se desenvolveu na oportunidade da formulação do PES 2008-2011.

Enquanto *iniciativas de defesa e enfrentamento*⁵⁶ podem ser identificadas: a constituição de equipe de especialistas vinculada ao GASEC, a divulgação dos produtos de planejamento pela *internet* e a articulação interna e externa para garantir consistência e coerência ao processo de planejamento da SESAB.

No tocante às *iniciativas de crescimento e legitimação*⁵⁷ identificou-se a participação nas instâncias decisórias da SESAB e do SUS-Bahia, a sistemática de negociações políticas, técnicas e táticas estabelecidas com os parceiros dentro e fora da SESAB no curso do processo de planejamento, a constituição e condução de um GT de planejamento e o incentivo à constituição de GT descentralizados de planejamento na organização.

As *iniciativas de sobrevivência e sustentabilidade*⁵⁸ identificadas foram: a garantia da disponibilidade de recursos, infraestrutura e logística necessários ao processo de planejamento na SESAB, o manejo de recursos financeiros relativos ao bloco de financiamento da gestão do SUS e a construção do monitoramento da implementação do PES aliado a uma sistemática de petição e prestação de contas validada pelos dirigentes e pelo controle social.

⁵⁶ **Iniciativas de defesa e enfrentamento** dizem respeito àquelas pactuadas entre o CG e a ASPLAN para enfrentar as resistências internas e externas, bem como potencializar a atuação da ASPLAN no manejo do processo de planejamento da organização.

⁵⁷ **Iniciativas de crescimento e legitimação** dizem respeito aos pactos estabelecidos entre CG e ASPLAN para ampliar o trabalho da ASPLAN na organização e garantir sua participação nos espaços decisórios necessários à consolidação da proposta de planejamento desenvolvida.

⁵⁸ **Iniciativas de sobrevivência e sustentabilidade** dizem respeito aos acordos entre CG e ASPLAN em torno da garantia e manutenção da proposta de planejamento, considerando a disponibilidade de recursos e o manejo de informações estratégicas da gestão.

Por fim, dentre as *iniciativas de reestruturação e consolidação*⁵⁹ estão parcerias com instituições formadoras, organismos internacionais e comunidade científica do campo da Saúde Coletiva para construir capacidade técnico-operacional e divulgar os resultados da experiência, a articulação externa para garantir apoio institucional e consultorias necessárias, bem como a negociação interna para viabilizar a constituição de corpo técnico efetivo mínimo necessário ao setor de planejamento.

Essas iniciativas revelam que o processo foi desenvolvido, contando com respaldo político (*poder político*), evidenciado pelo apoio do Colegiado de Gestão e de outras instâncias de decisão e deliberação do SUS-Bahia, mesmo diante da centralização decisória na organização. Na dimensão técnico-operacional (*poder técnico*), evidenciou-se um esforço de organizar os recursos técnicos, administrativos e de infraestrutura que deram suporte e potencializaram o apoio político ao processo ao longo do tempo, ainda que tal processo tenha sido permeado por dificuldades por parte da equipe técnica condutora. E, em relação à dimensão financeira (*poder administrativo*), verificou-se que a existência de recursos financeiros e a relativa autonomia da ASPLAN no seu manejo, contribuíram no andamento do processo.

Aprendizado institucional

O aprendizado institucional obtido com o processo de planejamento vivenciado pode ser analisado a partir de três dimensões – cognitiva, relacional e prática – construídas a partir do amadurecimento e implicação do sujeito-pesquisador com o seu objeto, bem como das evidências que a análise do Jogo Social revelou (Testa, 1995,

⁵⁹ **Iniciativas de reestruturação e consolidação** dizem respeito àquelas pactuadas entre o CG e ASPLAN em torno da constituição da equipe técnica necessária ao desenvolvimento do processo de planejamento da organização.

2002); (Matus, 1996, 2000); (Senge, 2008); (Habermas, 1989); (Motta, 2007); (Rivera, 2003); (Teixeira, 2010); (Vilasbôas, 2006)

Numa *dimensão cognitiva* encontram-se as habilidades de análise e síntese subsidiárias da aprendizagem e perícia necessárias à construção de uma compreensão sobre a realidade e também de um poder/saber técnico capaz de explicá-la. Na *dimensão relacional*, por sua vez, encontra-se a capacidade político-gerencial necessária à tomada de decisões, engendrada pelos comportamentos e relações inter sujeitos, fruto da combinação de diversos meios estratégicos [negociação, mediação, conflito, persuasão/dissuasão, imposição/coação] no Jogo Social. E na *dimensão prática*, a capacidade técnico-operacional, que se concretiza na ação e produz, na combinação de diversas racionalidades [normativa, estratégica ou comunicativa] o saber-fazer, a práxis.

No processo de planejamento da SESAB relativo à construção do PES 2008-2011, as *capacidades e acumulações* evidenciadas⁶⁰ foram (**Anexo VIII**): a) do ponto de vista cognitivo, o desenvolvimento de habilidades para lidar com os fluxos e contingências dos processos institucionais e a capacidade de articulação institucional interna e externa; b) do ponto de vista relacional, o manejo com processos de articulação, negociação e mediação de conflitos necessários à construção, pactuação e consolidação do processo da organização; c) no tocante à dimensão prática pode-se citar a construção de sistemáticas e fluxos gerenciais e administrativos que permitiram manejar os recursos e tecnologias disponíveis, favorecendo o desenvolvimento do processo no período.

Construiu-se uma *visão estratégica*²⁹ na medida em que se disponibilizaram à organização ferramentas de alinhamento estratégico, ainda que limitada no que

⁶⁰ Utilizamos a revisão documental para sistematizar informações que constituíram evidências analisadas na perspectiva da “análise temática” (Minayo, 2010) sendo que as categorias de análise foram definidas a partir da revisão de Fazekas *et al* (2010), adaptadas com os aportes de Teixeira *et al* (2010) e Motta (2007). As categorias resultantes desse processo foram as seguintes: a **visão estratégica produzida**, a **governança construída** e a **inteligência institucional acumulada**, [**Anexo VIII**]

concerne às perspectivas global e temporal do sistema, já que o plano abordou a problemática de saúde do estado no recorte de quatro anos, sem avançar para uma perspectiva de futuro mais arrojada.

A *governança*²⁹ foi construída com uma progressiva articulação do processo de tomada de decisão e maior responsabilização da equipe dirigente por meio da sistemática de acompanhamento e prestação de contas, ainda que permeada por dificuldades operacionais decorrentes da fragilidade dos mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação institucional e de responsabilização nos diversos níveis da gestão.

Uma dada *inteligência*²⁹ foi acumulada na prática a partir do fazer de uma equipe de especialistas, que no manejo do cotidiano desenvolveu habilidades e aprendeu a lidar com os fluxos e contingências dos processos institucionais, com as informações que lhes propiciaram analisar situações e apresentar soluções às questões que se apresentaram na pauta dos dirigentes, mesmo considerando as dificuldades na análise acurada dessas informações por conta das dificuldades técnico-administrativas do manejo da gestão pública.

Considerações finais

As características do processo de elaboração do PES 2008-2011 revelam a construção de uma discussão estratégica sobre os problemas a serem enfrentados pela gestão estadual do SUS no período em questão, bem como a busca de alternativas e soluções a esses problemas por meio de um intenso processo de negociação que permitiu a tomada de decisão em torno de uma agenda estratégica de modo mais solidário e participativo entre os tomadores de decisão.

Os resultados do estudo aqui apresentado nos estimulam a levantar novas questões relativas aos limites e desafios⁶¹ de institucionalização de processos de planejamento em organizações de saúde, como é o caso de uma secretaria estadual de saúde. Como vimos, mesmo em um contexto politicamente favorável e contando com atores institucionais comprometidos com o aperfeiçoamento da gestão pública do sistema de saúde, o processo de planejamento enfrenta uma série de dificuldades.

Como *limites* podem ser identificados: a multiplicidade de conceitos e visões acerca do planejamento em saúde, a dificuldade dos mecanismos de comunicação institucional aliada às fragilidades no fluxo de informações entre os diferentes setores, a ritualística e centralização do planejamento governamental, as contingências constantes aliadas à dificuldade de análise acurada das informações por conta das mesmas, a fragilidade das articulações entre decisões e ações estratégicas, táticas e operacionais, a ineficiência dos mecanismos de responsabilização, a inconsistência na construção dos indicadores de resultado e produtos do processo, as limitações técnico-administrativas do manejo da gestão pública e a inexistência de ferramentas disponíveis para monitoramento sistemático das ações governamentais.

Alguns *desafios* se impuseram a exemplo da multiplicidade de concepções e visões, as dificuldades de difusão de informações no ambiente institucional, o enfrentamento a contingências constantes, a fragilidade de articulação nas decisões entre os diferentes níveis aliada à inexistência de mecanismos efetivos de responsabilização coletiva, a superação da ritualística do processo de planejamento governamental, as limitações quanto à produção e análise de informações para a tomada de decisão e, por fim, as dificuldades do manejo da máquina pública.

⁶¹ Para discutir os limites e possibilidades, apoiamo-nos na proposta de avaliação de processos de planejamento construída por Fazekas *et al* (2010), adaptando suas categorias com os aportes de Teixeira *et al* (2010) e Motta (2007).

A análise do processo de elaboração do PES 2008-2011 da SESAB revela, a necessidade de se considerar no Jogo Social a multiplicidade de conceitos e visões dos diferentes atores e empreendedores imprescindíveis à construção de consensos. Também revela a importância de adotar-se a perspectiva da organização que aprende e do agir comunicativo para mediar disputas que se travam no cotidiano dos processos decisórios subjacentes à construção de uma agenda estratégica de governo e consolidação de uma lógica de planejamento mais solidária, coletiva e participativa.

Por fim, cabe enfatizar que para que um processo dessa natureza se mantenha, é necessário fortalecer o processo de educação permanente, bem como promover o planejamento no nível locorregional, com definição dos papéis das DIRES e das instâncias colegiadas regionais (Moreno-Neto, 2011). Isso pode vir a ser, inclusive, alcançado com o fortalecimento do planejamento enquanto função de gestão a partir da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, por meio da implantação, pela organização dos dispositivos do Decreto nº. 7508/2011. (Brasil, 2011), na medida em que os atores responsáveis pela condução do processo valorizem e aperfeiçoem continuamente seu conhecimento e suas práticas.

Referências

Brasil. *Ministério da Saúde*. Decreto nº. 7508 de 28 de junho de 2011. Disponível em <http://anfip.datalegis.inf.br>

Campos RTO. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

Cerqueira SCC. *O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador*. [Dissertação de mestrado]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2009.

Coelho TCB. *O processo de gestão em uma organização hipercomplexa do Sistema Único de Saúde* [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA; 2001.

Dantas Neto PF. *O carlismo para além de ACM: estratégias adaptativas de uma elite política estadual*. In: Souza C, Dantas Neto PF (org.): *Governo, políticas públicas e elites políticas nos estados brasileiros*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

Ettelt S *et al.* *Health care capacity planning: whose responsibility?* World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health System and Policies. Copenhagen, 2008.

Ettelt S *et al.* *Planning health care capacity: a review of international experience*. In: Rachel *et al.* *Investing in hospitals of the future*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health System and Policies. Copenhagen, 2009.

Ettelt S *et al.* *Health care capacity planning: a review of international experience*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, 2006.

Fazekas M *et al.* *Framework for assessing, improving and enhancing health service planning*. Rand Europe Corporation: Cambridge (UK), 2010. Disponível em www.rand.org/randeurope

Gelinski CROG, Seibel EJ. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. *Revista de Ciências Humanas - EDUFSC*, v. 42, n. 1 e 2, p. 227-240, abril e outubro de 2008.

Giordani JA. La planificación como proceso social: un esquema de análisis. *Cuadernos Soc. Venez. Planificación*, 3: 149-149, 1979.

Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. (Tradução de Guido A. de Almeida). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

Jesus WLA, Assis MMA (org.). Desafios do planejamento na construção do SUS. Salvador (BA): Edufba, 2011. 174p.

Jesus WLA, Teixeira CF. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5): 2383-2393, 2010.

Jesus WLA. *Ressignificação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos*. [Dissertação de mestrado]. Feira de Santana (BA): UEFS, 2006. 235p.

Kalil MEX, Paim JS. Planejamento de saúde na Bahia: impasses e perspectivas. *Revista Baiana de Saúde Pública* 1986; 13 (1/3): 47-67.

Kalil MEX. *Ideologia e prática do planejamento de saúde na Bahia*. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: UFBA, 1983.

Kingdom JW. *Agenda, Alternatives and Public Policies*. 2.ed. Hallper Collins College Publishers, 1995.

Klekowsky *et al.* Sistemas Nacionales de Salud e su reorientación hacia la Salud para Todos: pautas para una política. *Cuadernos de Salud Pública*, OMS, n. 77, 1984. 134p.

Lotufo M, Miranda A. Sistemas de gestão e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *RAP*, 2007; 41 (6): 1143-63.

Lotufo M. *Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES/MT (2001)*. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA: 2003.

Matus C. *Estratégias políticas: Chipanzé, Maquiavel e Gandhi*; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.

Matus C. *O líder sem estado maior*; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 2000.

Matus C. *O método PES: entrevista com Carlos Matus – Franco Huertas*; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.

Matus C. *Teoria do Jogo Social*; tradução Luís Felipe Rodrigues Del Riego; revisão técnica Vanya Mundim Sant’Ana. São Paulo: Fundap, 2005.

Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 117-149.

Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 16.ed. Rio de Janeiro/São Paulo: editora Record, 2007. 256p.

Moreno-Neto JL. *A Institucionalização do Planejamento na SESAB no quadriênio 2007-2010: condições, sujeitos e práticas*. [Dissertação de mestrado]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2011.

Neves RBB. *Análise comparativa dos Planos Estaduais de Saúde na Bahia (1988/1995)*. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: UFBA, 1994.

Organização Panamericana de Saúde. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La Administración Estratégica*. Washington (DC): OPAS/OMS, 1992.

Organização Panamericana de Saúde. *La administración estratégica en Silos – Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales*. Washington (DC): OPAS/OMS, 1994.

Organização Panamericana de Saúde. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Portfólio de documentos do Processo de Planejamento da SESAB na Gestão Estadual 2007 – 2010 (Parte I)*. Brasília/Salvador: OPAS/SESAB, 2011a.

Organização Panamericana de Saúde. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Portfólio de documentos do Processo de Planejamento da SESAB na Gestão Estadual 2007 – 2010 (Parte II)*. Brasília/Salvador: OPAS/SESAB, 2011b.

Organização Panamericana de Saúde. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Portfólio de documentos do Processo de Planejamento da SESAB na Gestão Estadual 2007 – 2010 (Parte III)*. Brasília/Salvador: OPAS/SESAB, 2011c.

Organização Panamericana de Saúde. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Portfólio de documentos do Processo de Planejamento da SESAB na Gestão Estadual 2007 – 2010 (Parte IV)*. Brasília/Salvador: OPAS/SESAB, 2011d.

Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Suplemento): 1819-1829, 2007.

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, número especial: São Paulo, 2006. p. 73-78.

Paim JS. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: Paim JS. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. CEPS/ISC: Salvador, 2002. p. 407-433.

Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*. Edição Espanhola. 2.ed. Barcelona: Masson SA & SG, 1989. 382p.

Pinto ICM, Teixeira CF. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 (9): 1777-1788, set, 2011.

Rivera FRU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.4, 1999. p. 355-365.

Rivera FRU. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Rivera FRU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Rocha AARM. *O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: O caso da SES/Sergipe*. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2008.

Senge PM. *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*, 24.ed. Tradução OP Traduções; consultoria Zumble Aprendizagem Organizacional. Rio de Janeiro: Bestseller, 2008.

Silveira TCC. *Planejamento em saúde na Bahia, 1989-1994*. [Dissertação de Mestrado]. Salvador (BA): UFBA, 1994.

Sulpino F. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Suplemento 1): 1565-1577, 2009.

Teixeira CF. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (suplemento), Rio de Janeiro, 2002. p. 153-162.

Teixeira CT (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador (BA): Edufba, 2010. 162p.

Teixeira CT. *O processo de formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador*. Relatório CNPq, set 2007.

Testa M. *Análisis de instituciones hipercomplejas*. In: Merhy EE, Onocko RT (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.17-70.

Testa M. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. São Paulo: Hucitec, 1995.

Testa M. *Tendencias en planificación*. In: *Pensar en Salud*. 3.ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p. 85-125.

Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (6): 1239-1250, jun, 2008.

Vilasbôas ALQ. *Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJV/Proformar, 2004. 68p.

Vilasbôas ALQ. *Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2006.

COMENTÁRIO FINAL⁶²

⁶² Às 9h e 12 minutos do dia 08 de março de 2012 finalizei esta tese. Esta data é significativa para mim neste processo, pois exatamente nela há cinco anos, 08/03/2007, iniciava-se o PlanejaSESAB, primeiro evento realizado por nós na condição de articulador e condutor do processo de planejamento nesta instituição depois da posse em 02 de janeiro de 2007. Que coincidência feliz!

Estudar mais uma vez a questão do planejamento foi um processo muito interessante e enriquecedor. Posso até dizer que, em se tratando de um doutorado, o aprofundamento em todos os aspectos foi necessário e para mim muito prazeroso. Entretanto, não vou finalizar este trabalho falando do planejamento em si, mas daquilo que apreendi nesses quatro anos de convivência profunda com o planejamento na prática. Sem ser repetitivo, é claro!

Definitivamente eu fiz aquilo que queria. E isto só foi possível porque um conjunto de fatores favoreceram. A começar pela minha motivação, posso dizer que este trabalho só foi possível porque tive ao meu lado uma equipe que acreditou nas minhas propostas. Por outro lado, fui acolhido por um grupo político que, na medida do possível apostou nas minhas ideias e permitiu a construção de um processo tão rico *[grifo nosso]*.

Além do mais, a conjuntura político-institucional, aliada à parceria de instâncias e instituições/organizações como Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Universidade Estadual de Feira de Santana e Organização Panamericana de Saúde propiciaram o aprendizado individual [para mim] e coletivo [pelo menos ao grupo que tenho contato maior – a ASPLAN/COPE].

A tese é apenas uma parte desse aprendizado que tentei sistematizar. Mas, no âmbito coletivo e institucional posso listar um conjunto de produções que o processo de doutoramento me possibilitou construir por conta das reflexões críticas e da vivência. Aí se inserem os instrumentos técnicos que produzimos (PES, PPA, AES, PAS, RAG, etc.), as metodologias construídas com meu grupo de trabalho ou em parceria (elaboração do PES, monitoramento das ações estratégicas, processamento de problemas e demandas da sociedade nas conferências de saúde, etc.), os intercâmbios e troca de experiências produzidos na interação com outras instâncias e instituições

(PlanejaSUS, ParticipaSUS, Cooperação Técnica Bahia-Tucumán, Congressos do COSEMS-Bahia, Congresso da Política, Planejamento e Gestão – Abrasco, etc.), a oportunidade de aprender fazendo e ensinando (Capacitações do PlanejaSUS, Especialização em Planejamento em Saúde, Mestrado Profissional, Residência Multiprofissional, Estágio Extracurricular dos Trainees da Graduação em Saúde Coletiva e do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, etc.), o aprendizado na construção do conhecimento com a produção de artigos já publicados, participação em capítulos de livros e até a organização do meu primeiro livro. Enfim... Quatro anos de investimento na construção de uma prática ainda incompleta, mas “total” naquilo que se propõe.

Como lições, ficam registrados que o processo de institucionalização do planejamento no âmbito da SESAB e do SUS-Bahia (cultura organizacional subalterna) ainda é incipiente; a consolidação de uma prática (estruturada) de planejamento exige o envolvimento (compromisso) de um grupo (empreendedor político) que exerça liderança no âmbito institucional; e que o planejamento, por si só, não dá conta da complexidade do processo de gestão de um sistema em transição, necessitando estar articulado a outras tecnologias de gestão que, conjugadas, permitam ao gestor manter a direcionalidade do seu projeto político.

Finalizo, por hora deixando claro que ainda não estou satisfeito. O planejamento para mim é uma possibilidade concreta de construir “liberdades”, no sentido freiriano da palavra e de construir autonomia se compreendido efetivamente como uma prática social. Afinal de contas “trabalhadores sociais” (Freire, 1979) precisam construir “práticas sociais” (Gadotti, 2001).

Referências

Freire P. *Educação e mudança*. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1979

Gadotti M. *Pedagogia da Práxis*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ANEXOS⁶³

⁶³ Trata-se dos anexos relativos ao conteúdo dos artigos apresentados.

ARTIGO 1: Produção científica brasileira sobre Planejamento em Saúde no contexto de construção do SUS (1990-2010)

ANEXO I: Distribuição dos artigos analisados por Dimensão do processo de planejamento e categorias de análise temática

<i>Dimensão</i>	<i>Categorias</i>		<i>Artigos/autores</i>
	Analíticas	Empíricas (*)	
Sociopolítica	Análise de Conjuntura; Formulação de Políticas Públicas; Balanço Político; Mapeamento de Atores.	Poder; Ideologia; Relações e Determinações Sociais; Contexto político-institucional; Processo de Planejamento e Gestão governamental; Racionalidade política.	Artmann, Azevedo & Sá (1997); Assis, Pereira & Mishima (1997); Gelbck <i>et al</i> (2006); Giovanella (1990); Giovanella (1991); Gonzalez (2009); Jesus & Teixeira (2010); Lana & Gomes (1996); Lotufo & Miranda (2007); Mattos (2010); Molesini (2010); Piovesan <i>et al</i> (2005); Rivera (1996); Santos & Merhy (2006); Teixeira & Paim (2000); Teixeira <i>et al</i> (1993); Teixeira (1999); Teixeira (2004); Vieira (2009); Vilasbôas & Paim (2008).
Técnico-organizativa	Explicação Situacional dos Problemas de Saúde; Análise de Coerência e Consistência; Priorização de Problemas; Balanço de Intercâmbio de Problemas.	Gestão e organização do sistema de serviços de saúde; Incorporação de inteligência epidemiológica; Diagnóstico e análise situacional; Racionalidades técnicas.	Artmann & Rivera (2003); Artmann, Azevedo & Sá (1997); Campos (1993); Cecílio (1997); Gonzalez (2009); Horovitz, Llarena Jr & Mattos (2005); Horovitz <i>et al</i> (2006); Jesus & Assis (2010); Jesus & Teixeira (2010); Lacerda, Calvo & Freitas (2002); Lotufo & Miranda (2007); Machado <i>et al</i> (2010); Méio <i>et al</i> (2005); Nicoletto, Cordoni Jr & Costa (2005); Onocko Campos (2000); Paim (2003); Rezende, Almeida & Nobre (2000); Rivera (1996); Rivera (1998); Santos & Merhy (2006); Schraiber <i>et al</i> (1999); Scochi (1994); Teixeira <i>et al</i> (1993); Teixeira (1999); Tofani, Carpintéro & Bruno (2009); Trindade (2008); Unglert (1990); Vilasbôas & Paim (2008).
Gerencial	Análise de Viabilidade; Programação Orçamentária e Financeira; Balanço	Gerência e organização da produtividade e dos processos de trabalho, Integração de instrumentos de planejamento	Artmann & Rivera (2003); Artmann, Azevedo & Sá (1997); Azevedo (1992); Candeias (1996); Farias, Beck & Calomé (2004); Giovanella (1990); Giovanella (1991); Gonzalez (2009); Jesus & Teixeira (2010); Lotufo & Miranda (2007);

Relacional ou inter-operativa	<p>Macroeconômico.</p> <p>Monitoramento e Avaliação; Petição e Prestação de Contas; Gerenciamento da Execução.</p>	<p>e gestão; Racionalidades gerenciais.</p> <p>Cultura organizacional; Aprendizagem institucional; Organização do trabalho em equipe; Participação; Autonomia dos sujeitos da prática; Racionalidade Comunicativa.</p>	<p>Machado <i>et al</i> (2010); Matsuda <i>et al</i> (2000); Melleiro, Tronchin & Ciampone (2005); Onocko Campos (2000a); Onocko Campos (2000b); Paim (2003); Piovesan <i>et al</i> (2005); Rivera (1996); Rivera (1999); Santos & Merhy (2006); Schraiber <i>et al</i> (1999); Teixeira (1999); Tofani, Carpintéro & Bruno (2009); Unglert (1990); Vilasbôas & Paim (2008); Volpato (2010).</p> <p>Artmann & Rivera (2003); Artmann, Azevedo & Sá (1997); Assis, Pereira & Mishima (1997); Bursztin & Ribeiro (2005); Campos (1993); Candeias (1996); Cecílio (1997); Cubas (2005); Farias, Beck & Calomé (2004); Gonzalez (2009); Jesus & Teixeira (2010); Lacerda, Calvo & Freitas (2002); Laluna & Ferraz (2003); Lima, Faveret & Grabois (2006); Lotufo & Miranda (2007); Mattos (2010); Onocko Campos (2000a); Onocko Campos, (2000b); Paim (2003); Piovesan <i>et al</i> (2005); Rivera & Artmann (1999); Rivera (1996); Rivera (1999); Schraiber <i>et al</i> (1999); Teixeira (1999); Tofani, Carpintéro & Bruno (2009); Trindade (2008); Vilasbôas & Paim (2008); Volpato (2010).</p>
-------------------------------	--	--	---

(*) As **categorias empíricas** foram construídas a partir dos “núcleos de significação temática” encontrados no tratamento do material empírico.

ARTIGO 2: Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Anexo II – Catálogo dos documentos institucionais produzidos na ASPLAN/GASEC-SESAB durante o processo de elaboração do PES 2008-2011, selecionados para as análises deste estudo

<i>Período</i>	<i>Documento</i>	<i>Descrição do Documento</i>
Transição de Governo	Relatório Diagnóstico de Transição	Síntese dos trabalhos desenvolvidos durante o período de transição de Governo, por área da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Subsidiou o Planejamento Estratégico do período de transição que deu origem, por conseguinte do Plano de 100 dias. Possui 134 páginas.
	Plano de 100 dias	Tomando como referências o Relatório de Transição, o Planejamento Estratégico Setorial foi definido prioridades de governo para a saúde em consonância com as propostas da Agenda Política explicitada no programa de governo. Possui 66 páginas.
Janeiro a Dezembro de 2007	Síntese geral das propostas de Governo, para a área de saúde.	Comparativo da situação encontrada na gestão anterior, com as das propostas de Governo. Possui 17 páginas.
	I Encontro de Planejamento da SESAB 2007	Documento que explicita o cronograma do I Encontro de Planejamento da SESAB 2007. Possui 01 página.
	Diagnóstico preliminar da Situação Encontrada	Trata-se de uma análise inicial dos documentos e apresentações realizadas à equipe de transição na saúde. Possui 27 páginas.
	Prestação de Contas do 1º. Trimestre de 2007	Tal relatório explicita por cada superintendência, as ações/intervenções desenvolvidas e resultados preliminares e perspectivas no período. Possui 138 páginas.
	Prestação de Contas do 2º. Trimestre de 2007	Apresenta a execução financeira, orçamentária e a evolução dos compromissos por linhas de ação. Possui 279 páginas.
	Ações Prioritárias da SESAB 2007-2010	Enumeração das ações prioritárias de Governo para a área de saúde. Possui 02 páginas
	Matriz Estratégica do SUS-BA – Linhas de Ação do SUS-BA	Explicita a 1º versão e a 2º versão das Matrizes Estratégicas do SUS-BA, e a estrutura das sete linhas de ação do SUS-BA, decorrentes do processo de planejamento desenvolvido pela instituição. Possui 04 páginas.
Documento base da 7ª Conferência	Documento que contextualiza as propostas da nova gestão. Abordam tópicos	

Janeiro a Dezembro de 2007	Estadual de Saúde	referentes ao breve diagnóstico da realidade encontrada, os princípios e proposições de Governo, e os eixos prioritários para gestão SUS-BA. Possui 13 páginas.
	Conferências Municipais de Saúde	Trajetória metodológica da sistematização das Conferências Municipais de Saúde. Possui 03 páginas.
	Demandas das Conferências municipais de saúde	Síntese das demandas das conferências municipais de saúde organizadas por “linha de ação”. Disponível na página da SESAB www.saude.ba.gov.br .
	Programas PPA 2008-2011	Explicitação dos programas de saúde contidos no PPA 2008-2011. Possui 04 páginas.
	Agenda Estratégica da Saúde 2007	Programação Anual da Saúde para o ano de 2007. Possui 113 páginas. Disponível na página da SESAB www.saude.ba.gov.br .
	Guia para Avaliação de Desempenho 2008	Descreve o plano de análise da avaliação de desempenho do ano 2007. Possui 15 páginas.
	Lei Orçamentária Anual 2008 (LOA)	Lei Nº 10.956 de 28 de Dezembro de 2007, a qual estima a Receita e fixa a Despesa do Estado para o exercício financeiro de 2008. Possui 07 páginas.
	Relatório de Gestão 2007	Apresenta os resultados obtidos com a aplicação direta e/ou indireta dos recursos advindos do tesouro estadual e de fontes externas de financiamento. Possui 229 páginas. Disponível na página da SESAB www.saude.ba.gov.br .
Janeiro a Dezembro de 2008	Grupo de Trabalho de Planejamento	Portaria SESAB nº 1.381, de 02 de junho de 2008, que institui o Grupo de Trabalho (GT) institucional com a representação das Superintendências. Possui 01 página.
	Oficina de Planejamento 2008	Documento explicitando a programação, os objetivos e os produtos da Oficina de Planejamento 2008. Possui 02 páginas.
	Guia para seleção dos Indicadores 2008	Apresenta um guia para a seleção dos indicadores da Agenda Estratégica de Saúde 2008.
	Agenda Estratégica 2008	Programação Anual de Saúde da SESAB para o ano de 2008. Possui 88 páginas. Disponível na página da SESAB www.saude.ba.gov.br .
	Oficinas do Plano Estadual de Saúde 2008-2011	Documento que contextualiza as oficinas, em que são apresentados os objetivos, justificativa e programação. Possui 09 páginas.
Problemas de estado da saúde da população e dos problemas do sistema e dos serviços de saúde	Consolidado dos problemas de saúde da população e problemas do sistema e dos serviços de saúde, por macrorregião. Possui 15 páginas.	

Janeiro a Dezembro de 2009	Oficina de Auto avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública	Relatório consolidado da realização da oficina de auto avaliação das FESP na SESAB. Possui 66 páginas.
	Oficina para construção do Plano de Fortalecimento das FESP na Bahia	Relatório consolidado da realização da oficina de construção do Plano de Fortalecimento das FESP na SESAB. Possui 66 páginas.
	Relatório de Gestão 2008	Relatório de gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB do ano de 2008. Possui 348 páginas. Disponível na página da SESAB www.saude.ba.gov.br .
	Relatório Trimestral de 2008.1	O documento apresenta a execução orçamentária, financeira da SESAB, do primeiro trimestre, e a evolução dos compromissos por linhas de ação. Possui 173 páginas.
	Relatório Trimestral de 2008.2	O documento apresenta a execução orçamentária, financeira da SESAB, do segundo trimestre, e a evolução dos compromissos por linhas de ação Possui 228 páginas.
	Relatório Trimestral de 2008.3	O documento apresenta a execução orçamentária, financeira da SESAB, do terceiro trimestre, e a evolução dos compromissos por linhas de ação. Possui 255 páginas.
	Plano Estadual de Saúde 2008-2011	Documento explicitado em seis partes. Inicialmente apresenta os princípios e diretrizes da política de saúde na Bahia. Apresenta o consolidado da análise situacional por macrorregião de saúde, a matriz estratégica do SUS-BA, e os compromissos do Plano Estadual por linhas de ação. Possui 90 páginas. Disponível na página da SESAB www.saude.ba.gov.br .
Lei Orçamentária Anual 2009 (LOA)	Lei nº 11.354 de 30 de Dezembro de 2008, a qual estima a Receita e fixa a Despesa do Estado para o exercício financeiro de 2008. Possui 08 páginas.	
Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010	Programação Anual de Saúde da SESAB para os anos de 2009 e 2010. Possui 92 páginas. Disponível na página da SESAB www.saude.ba.gov.br .	

ARTIGO 3: O processo de construção do Plano Estadual de Saúde na Bahia: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional

Anexo III: Quadro geral de mapeamento dos atores (*)

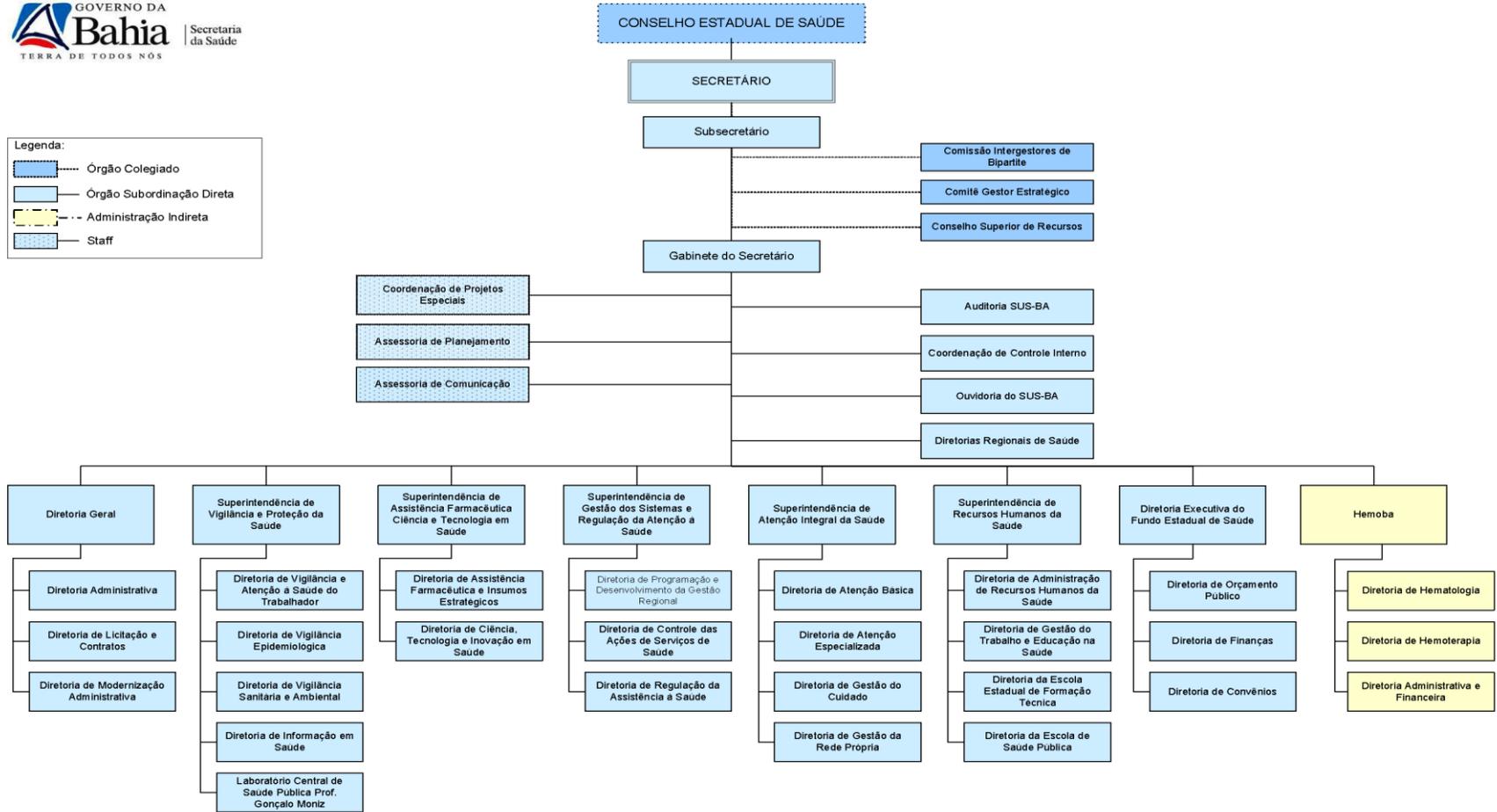
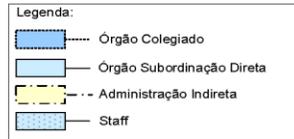
<i>VARIÁVEL</i>	<i>ÂMBITO</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
Apoio relativo	Interno ⁶⁴	GASEC; SUVISA; Auditoria; SAFTEC; SUPERH; SAIS.	GASEC; SUVISA; Auditoria; SAFTEC; SAIS; FESBA; SUPERH; GT de Planejamento.	GASEC; SUVISA; Auditoria; SAFTEC; SAIS; FESBA; SUPERH; HEMOBA; GT de Planejamento; DIRES ⁶⁵ .
	Externo	Casa Civil; SERIN; UFBA; CES-Bahia; PGE; MS.	Casa Civil; SERIN; UFBA; CES-Bahia; PGE; SEPLAN; SERIN; MS; OPAS; CIB-Bahia.	Casa Civil; SERIN; UFBA; CES-Bahia; PGE; SEPLAN; SERIN; MS; OPAS; CIB-Bahia; COSEMS-Bahia.
Indiferença relativa	Interno	HEMOBA; DIRES.	SUREGS; HEMOBA; DG; DIRES.	SUREGS; DG.
	Externo	SEPLAN; SEFAZ; CIB-Bahia.	COSEMS-Bahia; SAEB; SEFAZ.	SAEB; SEFAZ.
Resistência relativa	Interno	SUREGS; DG; FESBA.	_____	_____
	Externo	SAEB; COSEMS-Bahia; SEFAZ.	_____	_____

(*) Os critérios encontram-se explicitados no Apêndice I.

⁶⁴ Utilizamos para caracterizar o âmbito interno atores coletivos participantes do Colegiado de Gestão da SESAB, cujo mapeamento se deu a partir dos resumos executivos das reuniões semanais e do nosso caderno de registros. Também foi considerado o GT de Planejamento, representado no CG pela ASPLAN/GASEC.

⁶⁵ As Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) constituem-se a exceção à regra, pois não figuram no CG. Foram consideradas à parte pela sua importância no processo de construção do PES 2008-2011.

Anexo IV – Organograma da SESAB



Anexo V - Consolidado dos problemas priorizados no processo de elaboração do PES 2008-2011 da SESAB

ESTADO DA BAHIA

Problemas de estado de saúde da população priorizados

- Elevada taxa de mortalidade infantil;
- Elevado índice de morbimortalidade por causas externas;
- Elevada incidência de dengue e DST /AIDS;
- Elevada prevalência doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares; transtornos mentais; tuberculose e hanseníase.

Problemas do sistema de saúde priorizados

GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

- Vínculos trabalhistas precários e alta rotatividade de profissionais;
- Gestão deficiente de sistemas de informação;
- Insuficiente processo de capacitação técnica de gestão;
- Baixa efetividade do controle social;
- Fragilidade organizacional e operativa das DIRES;
- Baixa adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde.

FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

- Defasagem e inadequação da PPI às realidades dos municípios, acarretando descumprimento das ações propostas;
- Sub-financiamento e falta de racionalização do uso dos recursos do sistema de saúde: centralização dos recursos financeiros destinados à alta complexidade na capital do estado; insuficiência de teto financeiro.

INFRAESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

- Baixa capacidade instalada de serviços de média e alta complexidade;
- Baixa capacidade instalada de serviços de urgência e emergência;
- Déficit de leitos de UTI;
- Déficit de recursos humanos.

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

- Incipiente regulação da assistência à saúde;
- *Déficit* na logística de distribuição de medicamentos da atenção básica e de alto custo.

PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- **Baixa cobertura e resolutividade da atenção básica;**
- **Baixa resolutividade das ações de vigilância à saúde.**

Fonte: Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES 2008-2011)

Anexo VI – Linhas de ação, compromissos e objetivos do PES 2008-2011 da SESAB

LINHAS DE AÇÃO (07)	COMPROMISSOS (13)	OBJETIVOS (33)
Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS-Bahia	<p>1. Gestão estratégica, participativa e efetiva no SUS;</p> <p>2. Regionalização viva e solidária;</p> <p>3. Regulação, controle e avaliação do acesso aos serviços de saúde no SUS.</p>	<p>1.1 Fortalecer a participação e o controle social;</p> <p>1.2 Fortalecer a capacidade de gestão, desenvolvimento institucional e comunicação social;</p> <p>1.3 Fortalecer a gestão da informação em saúde para a tomada de decisão;</p> <p>1.4 Fortalecer a fiscalização da qualidade das ações e serviços de saúde e da aplicação dos recursos no âmbito do SUS-BA;</p> <p>2.1 Elaborar instrumentos de planejamento para consolidar a gestão regionalizada da atenção à saúde;</p> <p>2.2 Implementar, monitorar e avaliar o processo de regionalização do SUS-Bahia;</p> <p>3.1 Implementar a política estadual de regulação da assistência à saúde de forma regionalizada;</p> <p>3.2 Implementar ações de controle e avaliação dos serviços de saúde credenciados ao SUS-BA;</p> <p>3.3 Garantir assistência financeira à pessoa para Tratamento Fora do Domicílio (TFD).</p>
Gestão do trabalho e da educação permanente em saúde	<p>4. Política estadual de gestão do trabalho e educação permanente em saúde, com ênfase na despreciação.</p>	<p>4.1 Implementar mecanismos descentralizados e regionalizados de gestão do trabalho e educação permanente do SUS-BA;</p> <p>4.2 Implementar alternativas gerenciais que permitam a garantia do cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e a melhoria das condições de trabalho e remuneração;</p> <p>4.3 Ordenar o processo de formação e qualificação de pessoal de nível médio e de nível superior em saúde.</p>
Vigilância de riscos e agravos à saúde individual e coletiva	<p>5. Vigilância da saúde com integração das práticas nas esferas estadual e municipais do SUS-Bahia.</p>	<p>5.1 Fortalecer a gestão solidária e participativa do Sistema Estadual de Vigilância da Saúde;</p> <p>5.2 Ampliar a aprimorar as ações de vigilância de riscos e agravos em saúde com os componentes municipal e federal do sistema.</p>
Atenção à saúde com equidade e integralidade	<p>6. Atenção básica com inclusão social e equidade – “Saúde da família de todos nós”;</p> <p>7. Atenção especializada, regionalizada, resolutiva e qualificada;</p> <p>8. Atenção integral à saúde de populações de maior vulnerabilidade social e em situações especiais de agravo, com vistas à redução de iniquidades;</p> <p>9. Assistência farmacêutica para todos os baianos;</p> <p>10. Assistência hematológica e hemoterápica descentralizada e regionalizada.</p>	<p>6.1 Expandir a estratégia de saúde da família no estado da Bahia, apoiando os municípios no financiamento, organização dos serviços e despreciação dos vínculos dos trabalhadores;</p> <p>6.2 Qualificar a atenção básica com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção do SUS no estado da Bahia;</p> <p>7.1 Redefinir e implantar os modelos de gestão e atenção à saúde na atenção especializada do estado da Bahia;</p> <p>7.2 Operacionalizar a rede de serviços de atenção especializada em saúde;</p> <p>8.1 Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde para populações em maior situação de vulnerabilidade (negra-quilombola, indígena, assentada, acampada, privada de liberdade, albina e Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [LGBT]);</p> <p>8.2 Implantar políticas de atenção integral à saúde por ciclo de vida e gênero;</p> <p>8.3 Desenvolver políticas de atenção à saúde que sejam transversais às ações no ciclo de vida e gênero;</p> <p>8.4 Qualificar e ampliar a atenção à saúde das pessoas em situações especiais de agravo;</p> <p>9.1 Ampliar e qualificar a assistência farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos no estado da Bahia;</p> <p>10.1 Consolidar a rede de serviços hematológicos e hemoterápicos do estado da Bahia;</p> <p>10.2 Atender a demanda estadual por hemocomponentes e hemoderivados;</p> <p>10.3 Qualificação da Assistência Hematológica e Hemoterápica na Bahia.</p>
Infraestrutura da gestão e dos serviços de saúde	<p>11. Expansão e melhoria da infraestrutura administrativa e dos serviços de saúde do SUS-Bahia.</p>	<p>11.1 Estruturar a rede de serviços públicos de atenção à saúde;</p> <p>Organizar a infraestrutura para a gestão do SUS no estado da Bahia.</p>
Produção de insumos estratégicos e desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde	<p>12. Expansão da base científica e tecnológica do SUS-Bahia.</p>	<p>12.1 Implantar o arranjo produtivo local (APL) de insumos estratégicos para o SUS no estado da Bahia;</p> <p>12.2 Promover a incorporação e inovação tecnológica nas unidades da rede SUS no estado da Bahia;</p> <p>12.3 Apoiar a produção e difusão de conhecimentos científicos no estado da Bahia;</p> <p>12.4 Desenvolver conhecimento científico para a tomada de decisão no âmbito do SUS-BA.</p>
Promoção da saúde, intersetorialidade e proteção da sociedade	<p>13. Políticas transversais para a promoção da saúde, segurança alimentar e proteção da sociedade.</p>	<p>13.1 Promover ações intersetoriais para a consolidação de políticas públicas saudáveis com vistas à promoção da saúde;</p> <p>13.2 Promover ações intersetoriais para consolidar as políticas públicas de promoção de hábitos de vida saudáveis, segurança alimentar e proteção da sociedade.</p>

Fonte: Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES 2008-2011)

Anexo VII - Planilha síntese da análise FOFA

	<i>DEFESA</i>	<i>ENFRENTAMENTO</i>	<i>SOBREVIVÊNCIA</i>	<i>REESTRUTURAÇÃO</i>	<i>SÍNTESE A</i>
Dimensão político-gerencial	Articulação com áreas formuladoras de políticas e condutoras do processo orçamentário e financeiro para garantir a consistência possível e coerência necessária ao processo integrado de planejamento da SESAB.	Inserção da ASPLAN nos espaços decisórios da SESAB e do SUS-Bahia, a exemplo do Colegiado de Gestão (CG) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB-Bahia); Articulação com o Conselho Estadual de Saúde (CES-Bahia).	Negociações políticas com CG e DIRES; Negociações técnicas com GT de Planejamento; Negociações táticas com CES/Ba, COSEMS/Ba e CIB/Ba.	Parcerias com SEPLAN, SERIN, Casa Civil, COSEMS/Bahia, CONASS, Ministério da Saúde e OPAS/OMS Brasil para construir o ambiente de negociação e decisão propício à implementação das iniciativas do processo de planejamento da SESAB.	A <i>dimensão político-gerencial</i> do processo evidencia o protagonismo desenvolvido pela ASPLAN, a partir de sua inserção nos espaços decisórios da SESAB, na articulação interna e externa, necessárias à consolidação do processo de planejamento da instituição. Também revela
Dimensão técnico-operacional	Articulação com UFBA e OPAS para a disponibilização de apoio institucional e consultorias.	Constituição e condução do GT de Planejamento.	Incentivo à constituição de GT descentralizados de planejamento nos diversos setores da SESAB.	Parcerias com UFBA, UNEB, UEFS, OPAS/OMS Brasil e ABRASCO para desenvolvimento de métodos, técnicas, instrumentos, processos formativos e eventos científicos com vistas a fortalecer o processo de planejamento da SESAB.	Na <i>dimensão técnico-operacional</i> evidencia-se o protagonismo técnico da ASPLAN na condução do processo de planejamento e no estabelecimento das parcerias necessárias para garantir a viabilidade técnica ao processo. Também revela a ousadia de articular processos de formação e divulgação científica do processo em curso.

<p>Dimensão administrativa</p>	<p>Constituição da equipe com especialistas vinculada ao GASEC, aproveitando sua estrutura administrativa; Divulgação dos principais instrumentos de planejamento da SESAB por meio da <i>internet</i>.</p> <p>Garantia da disponibilidade de recursos físicos, logística interna, equipamentos e tecnológicos especialistas.</p> <p>Construção da sistemática de monitoramento da implementação do PES 2008-2011, aliado a um processo de petição e prestação de contas articulado intra e inter institucionalmente.</p> <p>Manejo dos recursos do Bloco de Gestão, especialmente PlanejaSUS e ParticipaSUS, necessários ao desenvolvimento dos processos de planejamento da SESAB; Negociação com o setor de RH para alocação de pessoal efetivo no setor.</p> <p>A <i>dimensão administrativa</i> evidencia-se pela progressiva conquista de um espaço gerencial por parte da ASPLAN, considerando sua vinculação ao GASEC e o manejo de recursos financeiros destinados à gestão do SUS. Ainda que, por força de limitações de pessoal tenha que ter lançado mão de negociações para garantir a estabilidade dos membros de sua equipe no período.</p>
<p>SÍNTESE B</p>	

Defesa: constituição de equipe de especialistas vinculada ao GASEC; divulgação dos instrumentos de planejamento pela *internet*; articulação interna para garantir consistência e coerência ao processo de planejamento da SESAB; articulação externa para garantir apoio institucional e consultorias necessárias.

Enfrentamento: participação nas instâncias decisórias da SESAB e do SUS-Bahia; constituição e condução de um GT de planejamento; garantia da disponibilidade de recursos, infraestrutura e logística necessários ao processo de planejamento na SESAB.

Sobrevivência: sistemática de negociações políticas, técnicas e táticas estabelecidas com os parceiros dentro e fora da SESAB; incentivo à constituição de GT descentralizados de planejamento na instituição; construção de um processo de monitoramento da implementação do PES aliado a uma sistemática de petição e prestação de contas validada pelos dirigentes e pelo controle social.

Reestruturação: parcerias dentro e fora do governo para construir o ambiente de negociação e decisão propício à implementação das iniciativas do planejamento da SESAB; parcerias com instituições formadoras, organismos internacionais e comunidade científica do campo da Saúde Coletiva para construir capacidade técnico-operacional e divulgar os resultados da experiência; negociação interna para viabilizar a constituição de corpo técnico efetivo no setor de planejamento; manejo de recursos financeiros relativos ao bloco de financiamento da gestão do SUS, necessários à implementação dos processos de planejamento desencadeados.

Anexo VIII: Quadro analítico das capacidades e acumulações evidenciadas no processo de elaboração do PES 2008-2011

<i>CATEGORIA</i>	<i>VARIÁVEIS</i>	<i>PROBLEMAS</i>	<i>PROPOSIÇÕES</i>	<i>INICIATIVAS</i>	<i>SÍNTESE B</i>
VISÃO ESTRATÉGICA	Alinhamento estratégico	Dificuldade dos mecanismos de comunicação institucional.		<u>Parcerias</u> dentro e fora do governo para construir o ambiente de negociação e decisão propício à implementação das iniciativas do planejamento da SESAB;	A CONSTRUÇÃO DE UMA <u>VISÃO ESTRATÉGICA</u> FOI POSSÍVEL EM VIRTUDE DAS PARCERIAS CONSTRUÍDAS PARA DENTRO E PARA FORA DO GOVERNO, MESMO DIANTE DA MULTIPLICIDADE DE CONCEPÇÕES E DAS DIFICULDADES DE DIFUSÃO DE INFORMAÇÕES NO AMBIENTE INSTITUCIONAL. DESTACAM-SE, NESTE PARTICULAR, AS CONTRIBUIÇÕES DADAS PELAS COOPERAÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS. PORÉM ISTO NÃO FOI SUFICIENTE PARA SUPERAR AS CONTINGÊNCIAS CONSTANTES E A RITUALÍSTICA DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL.
	Perspectiva global	Multiplicidade de conceitos e visões acerca do planejamento em saúde.	<u>Cooperação técnico-científica</u> para construir instrumentos e ferramentas de consenso em torno da perspectiva de planejamento adotada, bem como dos compromissos da agenda estratégica de governo.	<u>Parcerias</u> com instituições formadoras, organismos internacionais e comunidade científica do campo da Saúde Coletiva para construir capacidade técnico-operacional e divulgar os resultados da experiência.	
	Perspectiva temporal	Contingências constantes; Ritualística e centralização do planejamento governamental.			

GOVERNANÇA

Tomada de decisão

Fragilidade das articulações entre decisões e ações estratégicas, táticas e operacionais.

Articulação interinstitucional interna e externa para construir sistemáticas de acompanhamento das decisões colegiadas, dos propósitos do planejamento no curso de sua implementação, bem como esclarecimento dos sentidos e significados aportados nos elementos estruturantes do processo de planejamento.

Participação nas instâncias decisórias da SESAB e do SUS-Bahia; Sistemática de negociações políticas, técnicas e táticas estabelecidas com os parceiros dentro e fora da SESAB
Constituição e condução de um GT de planejamento: Incentivo à constituição de GT descentralizados de planejamento; Articulação interna para garantir consistência e coerência ao processo de planejamento da SESAB

Responsabilização

Ineficiência dos mecanismos de responsabilização.

Coerência

Inconsistência na construção dos indicadores de resultado e produtos do processo.

A GOVERNANÇA CONSTRUÍDA NO PROCESSO SE DEU EM VIRTUDE DA PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE CONDUTORA NOS ESPAÇOS COLEGIADOS DE DECISÃO, ALIADA AO FATO DE TEREM SIDO ADOTADAS ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL INTERNA E EXTERNAMENTE À SESAB, QUE FAVORECERAM AS NEGOCIAÇÕES NECESSÁRIAS À CONSOLIDAÇÃO DA PROPOSTA. CABE DESTACAR A IMPORTÂNCIA DO GT DE PLANEJAMENTO NA CONSTRUÇÃO DESTA GOVERNANÇA. ENTRETANTO, ISTO NÃO FOI SUFICIENTE PARA SUPERAR A FRAGILIDADE DE ARTICULAÇÃO NAS DECISÕES E A INEXISTÊNCIA DE MECANISMOS EFETIVOS DE RESPONSABILIZAÇÃO ENTRE OS DECISORES DE DIFERENTES NÍVEIS HIERÁRQUICOS NA INSTITUIÇÃO.

INTELIGÊNCIA	Informação	Fragilidades no fluxo de informações entre os diferentes setores.	Desenvolvimento de <u>habilidade</u> na articulação para produção de informações estratégicas;	<u>Divulgação</u> dos produtos de planejamento pela <i>internet</i> ;	UMA DADA <u>INTELIGÊNCIA</u> FOI CONSTRUÍDA NA PRÁTICA A PARTIR DO FAZER DE UMA EQUIPE DE ESPECIALISTAS, QUE NO MANEJO DO COTIDIANO DESENVOLVEU HABILIDADES E APRENDEU A LIDAR COM OS FLUXOS E CONTINGÊNCIAS DOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS. EVIDENTEMENTE QUE HOVE, POR PARTE DESTA EQUIPE, UM APROVEITAMENTO DAS OPORTUNIDADES OFERECIDAS. DESTACAM-SE DENTRE AS HABILIDADES CONSTRUÍDAS O MANEJO COM PROCESSOS DE ARTICULAÇÃO E NEGOCIAÇÃO, A CONSTRUÇÃO DE SISTEMÁTICAS E FLUXOS GERENCIAIS E ADMINISTRATIVOS, E A CONSTRUÇÃO DE PROCESSOS AVALIATIVOS, PONTUAIS, QUE AJUDARAM A CONSOLIDAR UM SABER TÉCNICO QUE POTENCIALIZOU O PAPEL DESTA EQUIPE DIANTE DA
	Análise situacional	Dificuldade de análise acurada das informações.		Constituição de <u>equipe de especialistas</u> vinculada ao	
	Gerência	Limitações técnico-administrativas do manejo da gestão pública	Definição de <u>fluxos administrativos e gerenciais</u> e a <u>construção de instrumentos</u> para o	<u>GASEC</u> ;	
	Monitoramento e avaliação	Inexistência de ferramentas disponíveis para monitoramento sistemático das ações governamentais.	monitoramento das ações estratégicas e prioridades de governo;	<u>Articulação externa</u> para garantir apoio institucional e consultorias necessárias. Garantia da <u>disponibilidade de recursos</u> , infraestrutura e logística necessários ao processo;	
		Realização de <u>processos avaliativos</u> no curso da construção do PES que subsidiaram a consolidação das análises necessárias à construção de uma visão de futuro mais coletiva.	<u>Negociação interna</u> para viabilizar a constituição de corpo técnico efetivo no setor de planejamento;		
			<u>Manejo de recursos financeiros</u> relativos ao bloco de financiamento		

da gestão do SUS, necessários à implementação do processo de planejamento desencadeado; Construção de um processo de monitoramento da implementação do PES aliado a uma sistemática de petição e prestação de contas validada pelos dirigentes e pelo controle social.

SESAB NO PERÍODO. ENTRETANTO, AINDA PERSISTEM LIMITAÇÕES QUANTO À PRODUÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES PARA A TOMADA DE DECISÃO E AS DIFICULDADES DO MANEJO DA MÁQUINA PÚBLICA, CONSIDERANDO OS LIMITES DADOS PELA BUROCRACIA ESTATAL E PELA PRÓPRIA CONSTITUIÇÃO DESTA EQUIPE. NÃO OBSTANTE, A DISPONIBILIDADE DE RECURSOS CONFIGUROU-SE COMO ELEMENTO IMPORTANTE NA GARANTIA DE TODOS OS PROCESSOS DESENVOLVIDOS POR ESTA EQUIPE NA INSTITUIÇÃO.

SÍNTESE BB

- **CAPACIDADES E ACUMULAÇÕES:** EQUIPE CONDUTORA PARTICIPANTE DOS ESPAÇOS COLEGIADOS DE DECISÃO; CAPACIDADE DE ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL INTERNA E EXTERNA; CONSTITUIÇÃO E CONDUÇÃO DO GT DE PLANEJAMENTO; PARCERIAS CONSTRUÍDAS PARA DENTRO E PARA FORA DO GOVERNO; COOPERAÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS ESTABELECIDAS; HABILIDADES PARA LIDAR COM OS FLUXOS E CONTINGÊNCIAS DOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS; MANEJO COM PROCESSOS DE ARTICULAÇÃO, NEGOCIAÇÃO, E MEDIAÇÃO DE CONFLITOS; CONSTRUÇÃO DE SISTEMÁTICAS E FLUXOS GERENCIAIS E ADMINISTRATIVOS; CONSTRUÇÃO DE PROCESSOS AVALIATIVOS PONTUAIS QUE AJUDARAM A CONSOLIDAR UM SABER TÉCNICO; DISPONIBILIDADE DE RECURSOS E TECNOLOGIAS.
- **DESAFIOS:** LIDA COM A MULTIPLICIDADE DE CONCEPÇÕES E VISÕES; ENFRENTAMENTO A CONTINGÊNCIAS CONSTANTES; RITUALÍSTICA DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL; FRAGILIDADE DE ARTICULAÇÃO NAS DECISÕES ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS; INEXISTÊNCIA DE MECANISMOS EFETIVOS DE RESPONSABILIZAÇÃO; LIMITAÇÕES QUANTO À PRODUÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES PARA A TOMADA DE DECISÃO; DIFICULDADES DE DIFUSÃO DE INFORMAÇÕES NO AMBIENTE INSTITUCIONAL; DIFICULDADES DO MANEJO DA MÁQUINA PÚBLICA.

APÊNDICES⁶⁶

⁶⁶ Trata-se dos apêndices à tese como um todo.

APÊNDICE I – CRITÉRIOS GERAIS ADOTADOS DO ESTUDO

Critérios para a seleção de documentos institucionais e produtos de cooperação técnica

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Documentos institucionais	Ter sido produzido no processo de planejamento desenvolvido na SESAB, sob a coordenação da ASPLAN/COPE no período 2007-2010	Não ter sido apreciado pelo Colegiado de Gestão da SESAB (CG) ou pelo Conselho Estadual de Saúde (CES-BA) Não ter sido fruto da articulação da ASPLAN/COPE com o GT de Planejamento da SESAB ou com o CG e CES-BA
Produtos de cooperação técnica	Ter sido produzido no marco de cooperação técnico-científica oficializada por meio de instrumento jurídico com a anuência dos gestores no período 2007-2010	Não guardar estreita relação com o objeto deste estudo Não ter sido validado pelas instituições parceiras (ISC/UFBA, MS e OPAS/OMS)

Critérios para a identificação dos atores e empreendedores do processo de planejamento da SESAB (2007-2010)

	Critério de inclusão	Critério de exclusão
Âmbito interno (SESAB)	Ter assento no Colegiado de Gestão da SESAB e/ou vinculação direta ao Gabinete do Secretário da Saúde Ter assento no GT de Planejamento da SESAB	Não figurar como componente documentalmente identificado dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação desenvolvidos na SESAB no período 2007-2010
Âmbito externo (fora da SESAB, dentro do governo estadual)	Ter relação institucional formal com a SESAB por meio de processos compartilhados de gestão	Não possuir relação direta com a construção de instrumentos e processos de planejamento, monitoramento e avaliação institucional desenvolvidos na SESAB no período 2007-2010
Âmbito externo (fora do governo estadual)	Ter relação institucional formal com a SESAB por meio de processos compartilhados de decisão, financiamento e cooperação técnico-científica	Não figurar no âmbito das parcerias relativas à construção de instrumentos e processos de planejamento, monitoramento e avaliação institucional desenvolvidos na SESAB no período 2007-2010

Variáveis analisadas na definição do posicionamento dos atores e empreendedores envolvidos no processo de elaboração do PES 2008-2011

Posicionamento do ator/empreendedor ^(*)	Variáveis	Atitudes
Apoio	Relação aliança-objetivo	Interesse
Indiferença	Relação de forças	Motivação
Resistência	Relação de pressões	Afinidade

^(*) O posicionamento dos atores e empreendedores será sempre relativo, considerando que não há exatidão nas categorias de um jogo social.

Fontes: Matus (1996); Teixeira *et al* (2010).

